Le Progrès Médical

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE & DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

PREMIÈRE ANNÉE

TOME PREMIER. — 1873

CE VOLUME RENFERME DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Du Basty (G.), Béhier, Bouteillier (G.), Budin (P.), Cartaz, du Castel, Charcot (J.-M.), Chouppe (H.), Colignon (J.), Cornil (V.), Debove, Dransart (H.-N.), Duplay (S.), Dupuy (L.-E.), Duret (H.), Exchaquet, Gosselin, Gromier (Frantz), Hanot (V.), Hirne (G.), Joffroy (A.), Kelsch, Laudouzy, Le Blond, Liouville (H.), Longuet, Malherbe (A.), Marcano (G.), Marcé, Pasturaud, Peltier (G.), Petit (Ch.-H.), Pitres, Ranvier, Raymond (F.), Reclus (Élysée), Reclus (P.), Renaut (J.), Richet, Robin (Alb.), Roque (F.), Rosapelly, Sevestre (A.), Seuvre, Strauss (I.), Teinturier (E.), Thaon, Verneuil, Weber.



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

6, RUE DES ÉCOLES, 6

1re ANNÉE — N° 1 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie E. DUVAL). 14 JUIN 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............ .... 8 »

ANNONCES. { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De la compression lente de la moelle (1).

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

DE LA PARAPLÉGIE DOULOUREUSE DANS LE MAL VERTÉBRAL CANCÉREUX.

Messieurs,

Il s'agit actuellement de faire connaître les symptômes sur lesquels j'ai voulu appeler tout particulièrement votre attention. Ces symptômes, j'ai proposé de les réunir sous e nom de *paraplégie douloureuse des cancéreux* (2). Cette désignation de *paraplégie douloureuse*, je l'ai empruntée à M. Cruveilhier qui a bien reconnu ce genre de symptômes sans en entrevoir, toutefois, l'interprétation (3). Elle s'applique avec exactitude seulement aux cas où la région vertébrale lombaire est atteinte dans une certaine étendue. C'est là, du reste, le cas le plus habituel.

Mais de fait, plusieurs autres combinaisons sont possibles. En premier lieu, les vertèbres étant affaissées, surtout d'un côté, il peut n'y avoir, en conséquence, qu'une hémi-paraplégie douloureuse ; ou bien encore les douleurs et les phénomènes concomitants pourront occuper le plexus brachial ou le plexus cervical, lorsque la lésion portera sur la région vertébrale cervicale.

D'autrefois enfin, les douleurs se montreront exclusivement circonscrites à la distribution de tel ou tel tronc nerveux. Il importe d'ailleurs de remarquer que, quel que soit le lieu où elle se montre et quelque circonscrite qu'elle soit, la douleur, dans les cas de ce genre, se présente absolument avec les mêmes caractères que dans la paraplégie douloureuse proprement dite.

Supposons qu'il s'agisse d'une altération des vertèbres lombaires — ce cas répond, vous le savez, au type le plus commun — et que celles-ci aient été envahies par le cancer dans leur totalité, aussi bien du côté droit que du côté gauche, conditions qui se trouvent, du reste, reproduites chez une des malades que je vais vous présenter dans un instant, eh bien, il y a lieu de relever, en pareil cas, les symptômes suivants :

Des *douleurs* vives existent, les unes étreignant la partie inférieure de l'abdomen à la manière d'une ceinture, les autres se répandant le long du trajet des nerfs cruraux et des nerfs sciatiques, depuis leur origine spinale jusqu'à leurs extrémités périphériques.

Il y a *hyperesthésie* des téguments, sur les points répondant à la distribution des nerfs douloureux. Cette hyperesthésie, le plus souvent, est telle, que le moindre attouchement se montre des plus pénibles.

Les douleurs en question sont permanentes ou à peu près; mais elles s'exaspèrent par crises qui se montrent surtout intenses pendant la nuit et revêtent quelquefois un caractère périodique. Les mouvements dans le lit, qu'ils soient d'ailleurs actifs ou passifs, provoquent l'apparition de ces douleurs ou les exaspèrent. Il en est de même, à plus forte raison, de la station et de la marche qui deviennent bientôt tout à fait impossibles. Il résulte de là une sorte d'impotence qui ne relève point d'un amoindrissement de la force musculaire, car, au lit, dans le temps où les douleurs ne sont pas trop vives, les mouvements des membres inférieurs s'exécutent, si le malade n'est pas très-affaibli, comme dans les conditions normales.

Lors des paroxysmes, les douleurs sont véritablement atroces. Les malades les comparent à celles que produiraient l'écrasement des os, une morsure des parties profondes faites par un gros animal, etc. On ne parvient, et

(1) Les premières leçons sur la Compression lente de la moelle ont été publiées dans le *Mouvement médical.*

(2) *Sur la paraplégie douloureuse qui survient dans certains cas de cancer.— Société médicale des hôpitaux*, 22 mars 1865 et *Union médicale*, 1865.

(3) Cruveilhier. — *Atlas*, 32e livraison, p. 6.

c'est là un trait qui mérite d'être signalé, que très-difficilement à les calmer par l'emploi des doses élevées de substances narcotiques. Il y a lieu de faire remarquer enfin que, sans cause appréciable, il se produit dans ces douleurs des amendements spontanés, et dont la raison physiologique nous échappe complétement.

A ces phénomènes peuvent s'adjoindre, surtout dans les périodes plus avancées de l'affection un certain nombre d'accidents parmi lesquels je signalerai plus spécialement, les éruptions de *zona* qui se produisent sur le trajet de nerfs particulièrement douloureux, une *anesthésie cutanée* circonscrite sous forme de plaques et qui se développe malgré la persistance des douleurs le long du trajet nerveux (*anesthesia dolorosa*), l'*atrophie* plus ou moins prononcée des masses musculaires, et enfin la *contracture* survenant dans un certain nombre de muscles.

Je ferai remarquer enfin qu'une déformation faisant décrire à la colonne vertébrale une courbure à grand rayon, qu'une douleur locale vertébrale que provoque ou qu'exaspère très-nettement la pression, ou la percussion, sont des symptômes concomitants, qu'il ne faut pas négliger de rechercher avec soin parcequ'ils peuvent éclairer la situation et que, d'ailleurs, ils s'observent fréquemment.

Ces divers symptômes, Messieurs, peuvent être; pendant de longs mois, la seule révélation du mal vertébral cancéreux; mais les symptômes de la paralysie par compression de la moelle pourront venir s'y surajouter.

Quoi qu'il en soit, lorsque les phénomènes de paraplégie douloureuse se montreront avec les caractères qui viennent d'être décrits, il y aura lieu de rechercher s'il n'existe pas quelque part dans l'organisme, quelque autre manifestation de la diathèse cancéreuse; car, vous ne l'ignorez pas, le cancer vertébral est habituellement secondaire, deutéropathique. Or, dans cette recherche, on peut se trouver en présence de plus d'une difficulté de nature à égarer le diagnostic. Je me bornerai, pour le moment, à signaler à votre attention la circonstance suivante dont j'ai été témoin récemment. Il peut se faire que des malades portent au sein certains cancers atrophiques, indolents, auxquels elles ne prêtent pas la moindre attention. J'ai été consulté ces jours-ci par une dame qui souffrait depuis plusieurs mois d'une névralgie cervico-brachiale — c'était en réalité, vous allez le voir, une pseudo-névralgie — extraordinairement pénible, et qui avait résisté absolument à tous les moyens d'amendement mis en œuvre. Frappé du caractère spécial que présentait la douleur, et me remettant en mémoire les faits observés à la Salpêtrière, je demandai s'il n'existait pas quelque lésion mammaire. On me répondit par la négative; mais je crus devoir insister et examiner les choses par moi-même. Je découvris, au grand étonnement de la malade, que l'un des seins était déformé sur un point, très-circonscrit d'ailleurs, par le fait d'une rétraction consécutive au froncement déterminé par un squirrhe atrophique. Tout récemment un médecin anglais, dont le nom m'échappe a publié un cas du même genre dans un des derniers volumes de la Société pathologique de Londres. Ces faits suffisent je l'espère, Messieurs, pour faire ressortir à vos yeux jusqu'à quel point il faut en pareille circonstance se montrer attentif et circonspect dans l'examen des malades.

D'un autre côté, il ne faudrait pas aller jusqu'à croire que les douleurs du mal vertébral cancéreux, alors même qu'elles se présentent avec tous les attributs qui viennent d'être mis en relief, soient absolument spécifiques et propres à conduire, sans embarras, au diagnostic. Loin de là, des difficultés peuvent survenir, mais en général, elles ne sont pas insurmontables. Parmi les affections qui, en raison des douleurs dont elles s'accompagnent, pourraient induire en erreur, j'ai déjà mentionné les *anévrysmes aortiques* et les *kystes hydatiques*, lorsque ces tumeurs sont disposées de façon à comprimer et à irriter les nerfs spinaux. Je signalerai actuellement l'ostéomalacie, la pachyméningite hypertrophique cervicale, et enfin une névrose, l'irritation spinale.

L'*ostéomalacie sénile*, aussi bien que celle des adultes, rappelle parfois, par le caractère des douleurs dont elle s'accompagne, la symptomatologie du mal vertébral des cancéreux. La *pachyméningite cervicale hypertrophique* dans la première période, s'accompagne, elle aussi, de douleurs assez analogues; on peut en dire autant de cette affection bizarre, singulière, qu'on désigne quelquefois sous le nom d'*irritation spinale*, et que quelques médecins ont voulu, bien à tort, bannir des cadres nosologiques; mais je veux me borner, pour le moment, à appeler votre attention sur ces difficultés de diagnostic. C'est un sujet sur lequel je me propose de revenir dans une autre occasion. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — M. CORNIL

Anatomie pathologique du poumon. — Auscultation

Leçons recueillies par P. Budin.

PNEUMONIE AIGUE LOBAIRE.

Messieurs,

La pneumonie aiguë, fibrineuse ou lobaire, est caractérisée par la présence d'un exsudat composé de fibrine et de globules de pus qui remplit la cavité des alvéoles pulmonaires.

Depuis Laennec, on reconnaît dans la pneumonie lobaire trois stades ou degrés : 1° L'engouement; 2° l'hépatisation rouge; 3° l'infiltration purulente ou hépatisation grise. Ce dernier est loin d'être constant; il n'apparaît que dans les cas où la résolution n'a pas succédé à l'hépatisation rouge.

Engoûment ou congestion. — Dans cette première période, les vaisseaux sont gorgés de sang, ils laissent transuder du sérum à travers leurs parois; des globules blancs et rouges tombent dans l'intérieur des cavités alvéolaires; les cellules épithéliales pavimenteuses deviennent rondes, granuleuses et présentent quelquefois plusieurs noyaux dans leur intérieur. Souvent, dans des parties qui sont simplement congestionnées, on trouve dans l'intérieur des alvéoles un réseau très-fin et peu serré de fibrilles de fibrine qui enserrent les éléments précédents.

Des coagulations fibrineuses analogues se rencontrent, indépendamment de la pneumonie aiguë, dans beaucoup de cas de congestion et même d'œdème dur, quelle que soit la cause de ces lésions. Il en résulte que le mot de pneumonie fibrineuse est loin d'être absolument bon, puisque la fibrine se trouve coagulée dans les alvéoles sans qu'il y ait de pneumonie aiguë.

Hépatisation rouge. — Le tissu hépatisé est plus volumineux que le tissu pulmonaire normal; il est solide et homogène, ne crépite plus et tombe au fond de l'eau. De plus, il est friable, et lorsqu'on le presse entre les doigts, il se laisse aisément déchirer, ce qui est dû à ce que les

parois des alvéoles étant distendues par l'exsudat ne peuvent plus, comme à l'état normal, céder sous le doigt, et elles se rompent. Sur une coupe, on ne voit aucune bulle d'air s'échapper sur la surface de section qui est irrégulière, rouge et finement granitée. Cet aspect est dû à l'accumulation d'un coagulum solide qui remplit les infundibula. Après lavage, le tissu devient gris jaunâtre, car l'eau dissout les globules rouges, et la coloration de la fibrine persiste seule. L'exsudat se rencontre également, sous forme de filaments, dans les canaux bronchiques qui paraissent larges et dilatés : il est constitué par un liquide visqueux comprenant dans son intérieur des éléments solides. Expulsé, il produit ces crachats gélaniteux quelquefois incolores et transparents, plus souvent jaunâtres ou d'un rouge brique qui adhèrent si intimement au fond du vase dans lequel ils ont été rejetés.

Lorsque, après les avoir fait durcir, on examine au microscope ces portions du poumon, on trouve, accumulés en assez grande quantité dans les infundibula, des globules rouges du sang, des globules blancs et des cellules épithéliales qui se sont détachées de la surface. Le plasma qui a transsudé à travers les parois des vaisseaux contenant une certaine quantité de fibrine dissoute, cette fibrine s'est coagulée en englobant les éléments, et le tout forme un coagulum dense qui distend les groupes d'alvéoles pulmonaires et les extrémités bronchiques.

Lorsqu'on râcle la surface de la coupe, on enlève des parties qui, vues à un faible grossissement, sont tout à fait opaques et présentent par leur forme le moule exact d'un infundibulum. Lorsqu'on les traite par l'acide acétique ou qu'on les dissocie, on y reconnait les éléments qne nous venons de signaler plus haut.

Ce sont les mêmes parties, des globules rouges, des globules blancs et des cellules épithéliales volumineuses enveloppées de fibrine coagulée qu'on retrouve dans les crachats de la pneumonie. Lorsqu'on examine ces crachats, après les avoir étalés sur une plaque de verre, on y reconnait des filaments opaques, fibrineux et minces, souvent divisés dichotomiquement et qui proviennent des petites bronches; mais on n'y trouve pas le moule d'une infundibulum entier et des alvéoles qui s'y ouvrent. Le diamètre du moule tout entier d'un infundibulum, serait en effet, plus considérable que celui de l'extrémité bronchique qui communique avec l'infundibulum.

Arrivée à ce point, la pneumonie peut guérir : la fibrine devient alors granuleuse, les éléments cellulaires qu'elle englobait sont libres et subissent aussi la dégénérescence granulo-graisseuse; il en résulte une espèce d'émulsion dont une partie est résorbée par les lymphatiques et les vaisseaux sanguins, dont l'autre est rejetée par l'expectoration avec les mucosités des bronches.

Dans d'autres cas, la pneumonie se termine par le troisième degré, l'hépatisation grise. On trouve alors les alvéoles remplis par une grande quantité de globules de pus : le tissu malade offre une coloration gris jaunâtre; il cède facilement sous la pression du doigt, et il en résulte des anfractuosités qu'on pourrait aisément prendre pour des abcès.

Ces différents stades de la pneumonie sont de peu de durée : c'est généralement après une semaine, quelquefois après trois ou quatre jours seulement, que commence la résolution qui est cependant beaucoup plus lente chez les vieillards et chez les personnes affaiblies.

Des phénomènes analogues à ceux qui s'accomplissent dans l'intérieur des alvéoles se passent aussi à la surface de la plèvre, lorsque l'inflammation siége à la périphérie du poumon. Sous l'influence de la même cause, les vaisseaux sanguins sont congestionnés, distendus, ils font saillie à la surface de la séreuse; les globules rouges et les globules blancs sortent des canaux, les cellules épithéliales se gonflent, deviennent granuleuses et présentent un ou plusieurs noyaux ; de la fibrine exsudée englobe tous ces éléments et constitue ainsi une première couche qui recouvre la séreuse. Bientôt une seconde, puis une troisième couche se succèdent, et de leur superposition résulte une fausse membrane qui peut atteindre jusqu'à un ou deux millimètres d'épaisseur dans l'espace de vingt-quatre ou de quarante-huit heures.

Telles sont, en résumé, les lésions anatomiques de la pneumonie aiguë, lobaire ou fibrineuse. Elles montrent de quelle nature est l'obstacle qui s'oppose à la pénétration de l'air dans les alvéoles; elles permettent en outre de comprendre quel est le mode de production des bruits qui sont perçus à l'auscultation.

Dans la première période, ou période d'engoûment, il n'existe, en général, comme dans la congestion pulmonaire, rien de bien caractérisé. « Quelques faits, dit Grisolle, dans lesquels j'ai pu ausculter le malade dès les premières heures du début, me portent à penser que dans la majorité des cas, sinon dans tous, la crépitation est précédée elle-même d'un affaiblissement du murmure respiratoire. » Quelquefois aussi, d'après Stokes, il existe une respiration puérile.

Cette première période dans laquelle on trouve peu de symptômes à l'auscultation est en général très-courte : on constate qu'elle dure de quelques heures à un jour lorsque la pneumonie étant superficielle, peut être facilement observée dans sa marche. (*A suivre.*)

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Urémie. — Opération césarienne.

Par **M. MARCÉ**, interne des hôpitaux.

Urémie éclamptique chez une femme enceinte. — Coma. — Mort. — Opération césarienne. — Extraction d'un enfant vivant.

L'éclampsie puerpérale ne se montre pas très-fréquemment chez les multipares. Aussi croyons-nous intéressant de rapporter l'observation suivante, où il s'agit d'une femme arrivée à sa huitième grossesse, sans que jamais aucun accident de nature convulsive ait existé pendant les sept premières.

Ce cas offre encore un autre point à noter. On a pratiqué avec succès chez cette femme l'opération césarienne *post mortem* ; c'est donc une preuve de plus que cette opération peut réussir chez les éclamptiques, lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire aussi rapidement que possible.

La femme qui fait le sujet de cette observation a succombé deux heures après son entrée à l'hôpital, et c'est à l'obligeance de M. le docteur Bramberger, appelé en ville auprès de la malade, que nous devons les renseignements suivants sur les antécédents et sur le début de la maladie.

Observation. — La femme Fredes Héloïse, âgée de 35 ans, habitait un rez-de-chaussée humide et mal aéré. Elle a été règlée à l'âge de 11 ans, et à 14 ans elle a eu de violentes attaques d'hystérie. Elle s'est mariée à 17 ans et est à sa huitième grossesse. Ses couches ont toujours été très-bonnes ; en 1870, pendant le siége, elle accoucha à 7 mois 1/2 d'un enfant qui mourut au bout de six semaines. Jamais elle n'a été malade, et en ce moment cinq de ses enfants sont vivants.

Depuis une quinzaine de jours, elle avait de l'œdème des jambes et depuis quelques jours de la bouffissure de la face. Elle se plaignait aussi, depuis quinze jours environ, de chaleurs à la tête et de céphalalgie. — Elle a eu de légères épistaxis. Elle s'attendait à accoucher d'un jour à l'autre, et croyait même avoir dépassé le terme de sa grossesse.

Le 1er avril elle s'occupe dans la matinée des soins de son ménage, comme d'habitude, lorsqu'à dix heures du matin, elle est prise de vertige et s'affaisse en perdant connaissance. Transportée sur son lit, elle bégaie quelques mots inintelligibles ; puis elle a des *vomissements* alimentaires et bilieux.

Quelques instants après, les mâchoires sont serrées, la face vultueuse; la malade est prise de convulsions épileptiformes et il y a émission d'urine.

Sept à huit attaques convulsives se succèdent à environ un quart d'heure d'intervalle. A 1 heure de l'après midi, la malade est plongée dans le coma.

M. Bramberger la voit à 1 heure 1/2 la trouve dans la résolution la plus complète ; sa respiration est stertoreuse ; il y a de l'écume à la bouche

le pouls est petit et irrégulier : il n'y a pas de commencement de travail.

Le mari est engagé à faire transporter sa femme à l'hôpital de la Pitié ; elle y arrive à 5 heures du soir, et entre salle Notre-Dame, dans le service de M. LORAIN.

Elle a eu une petite attaque convulsive, au moment même de son arrivée dans la salle.

Elle est dans l'état suivant : Perte complète de connaissance, état comateux, respiration stertoreuse, résolution absolue ; de temps en temps quelques petits mouvements dans les deux membres supérieurs.

L'utérus est complétement développé, comme à terme ; le toucher vaginal dénote qu'il n'y a pas encore de travail de commencé. On sent le col en arrière et à gauche, très-ramolli, mais pas encore complétement effacé. On constate facilement que c'est une présentation de la tête.

On entend très-bien les bruits du cœur du fœtus, bruits qui ont leur maximum un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. La température vaginale à ce moment est 36°, 4. L'urine retirée par le cathétérisme est assez abondante ; elle est claire et contient une grande quantité d'albumine.

A 6 heures, la malade a eu une nouvelle attaque convulsive. M. Lorain la voit quelques instants après. La respiration est encore plus stertoreuse ; il y a de l'écume à la bouche et des râles trachéaux.

Une saignée est faite ; mais bien que la veine soit largement ouverte, il ne s'écoule que fort peu de sang, très-noir. La température vaginale est 36°, 6.

L'issue funeste n'est pas douteuse ; il n'y a plus à songer qu'à une seule chose, c'est à faire l'opération césarienne au moment de la mort. Afin d'éviter tout retard et toute entrave, les précautions administratives sont prises à l'avance ; de plus, la sœur surveille la mourante, afin de nous prévenir à temps.

A 7 heures, la femme est agonisante. Nous nous rendons, mes collègues et moi, auprès d'elle et nous attendons le dernier soupir. On entend, à ce moment, très-distinctement les bruits du cœur du fœtus qui sont réguliers. Mais, à mesure que la mort approche, les battements du cœur fœtal sont entendus d'une manière moins nette.

Enfin, un dernier soupir a lieu : les pupilles sont dilatées ; le pouls n'est plus perceptible ; on n'entend plus aucun bruit à la région précordiale ; alors, la mort ne nous paraissant pas douteuse, il est procédé sur le champ à l'opération.

Elle est faite le plus rapidement possible, sans aucune difficulté ; car l'utérus se présente de lui-même après l'incision des parois abdominales.

L'utérus est incisé sur la ligne médiane dans une assez grande étendue ; la poche des eaux, ouverte en bas, laisse écouler le liquide amniotique et l'enfant se présente à l'ouverture par le dos et l'épaule gauche.

L'opération n'a pas duré plus de une à deux minutes ; elle a été commencée presque immédiatement après la mort de la mère, si bien que l'enfant est extrait trois minutes environ après le dernier soupir.

Il est rapidement retiré de l'utérus ; le cordon est coupé et lié. L'enfant n'est pas cyanosé, mais il ne respire pas tout d'abord. Ce n'est qu'en lui titillant la bouche et en le frappant avec des linges mouillés qu'on lui fait faire au bout d'une minute environ une première inspiration ; puis, quelques instants après, une seconde, et enfin, il fait des inspirations multiples et se met à crier. C'est un enfant à terme, assez gros, et du sexe féminin.

Aujourd'hui, c'est-à-dire cinq jours après sa naissance, il va très-bien et part en nourrice.

M. YVON, interne en pharmacie du service, a fait avec son appareil dont on connaît la précision, l'analyse de l'urine et du sang de la malade.

Il a obtenu les résultats suivants :

L'*urine* renfermait par litre 3 gr. 92 d'albumine et 2 gr. 18 d'urée.

Le *sang* renfermait par litre 0 gr. 271 d'urée.

On voit combien est minime la quantité d'urée contenue dans l'urine, car le chiffre normal est par jour environ 30 gr. d'urée pour 1,500 gr. d'urine. Il y avait donc chez notre malade absence presque complète de l'élimination de l'urée. D'un autre côté, le sang ne renferme pas tout à fait le double de la proportion d'urée normale.

L'*autopsie* n'a pu être faite complétement, mais on a pu se procurer les *reins* par l'incision faite pour l'opération césarienne. Ils présentent tous les caractères d'une *néphrite parenchymateuse* déjà assez avancée, et occupant les deux reins dans toute leur étendue. La décortication est très-facile, la surface est lisse, la substance corticale est pâle et jaunâtre, anémiée les pyramides au contraire sont hypérémiées et se distingnent facilement. Les reins sont un peu plus gros que normalement.

Ainsi néphrite parenchymateuse au second degré occupant les deux reins dans toute leur étendue. C'est plutôt la généralisation de la lésion que son degré qui nous explique comment l'urémie a pu se produire.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, il y avait *urémie* et *abaissement de la température*. C'est en nous appuyant sur les travaux de M. Bourneville, que nous lui donnons le nom d'*urémie éclamptique*, car dans l'éclampsie puerpérale-type il y a *élévation* de la température. Mais nous voulons voir seulement, quels enseignements ce cas peut nous fournir au point de vue de l'opération césarienne.

Il est facile de remarquer combien de précautions avaient été prises avant la mort de la malade pour s'assurer d'une exécution aussi rapide que possible. Tout avait été préparé et on a assisté à l'agonie. C'est là, je crois, un point important. — S'il n'existe pas, en effet, de signe absolument certain de la mort, il n'en est pas moins vrai que le médecin, qui a vu disparaître un à un tous les symptômes de la vie ; qui, l'oreille sur le cœur, la main sur le pouls, a épié le dernier soupir, est bien plus sûr de lui. Il sait mieux le moment où tout est fini que s'il n'arrive qu'après le fait accompli ; et dans ces conditions il peut pratiquer rapidement l'opération césarienne. Nous croyons, en effet, qu'il faut, surtout dans ces cas d'éclampsie avec urémie, opérer très-vite pour avoir chance de succès ; car la circulation se fait mal, et le sang est chargé d'un excès d'urée.

Il y a tout intérêt à extraire rapidement l'enfant, et, nous le répétons, lorsque les précautions ont été prises, lorsque plusieurs personnes compétentes ont assisté à l'agonie et sont d'avis que la mort vient d'avoir lieu, je crois qu'on peut ne pas attendre, et arriver à extraire l'enfant de la cavité utérine au bout de quelques minutes sans avoir rien à redouter ni pour la mère, ni pour soi-même.

En nous appuyant sur notre observation, nous croyons donc pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Il faut opérer vite — (l'enfant, en effet, avait au moment de la mort, les bruits du cœur moins nets ; et il a fallu le stimuler pour le faire respirer ; on peut donc supposer à juste titre que si l'on avait attendu, sa vie eût été gravement compromise).

2° Pour opérer vite, il faut non-seulement tout préparer d'avance ; mais il faut assister soi-même à l'agonie, et voir mourir la femme.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Composition du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Lors de la discussion de la loi du 19 mars 1873 bien des remarques ont été faites sur la composition du Conseil supérieur de l'instruction publique, en particulier par la presse médicale. Selon nous, les perfectionnements apportés à l'ancien état de choses sont tout à fait secondaires devant le maintien de l'association hybride de la science et de la foi, ainsi qu'on peut en juger par la liste suivante :

M. le ministre de l'Instruction publique ; — MM. Dumas, membre de l'Institut, vice-président ; — Patin, doyen de la Faculté des lettres de Paris, vice-président ; — Ravaisson, inspecteur général de l'instruction publique, secrétaire ; — de Montesquiou, conseiller d'Etat ; — de Gaillard, conseiller d'Etat ; — le général d'Outrelaine ; — amiral de Cornulier-Lucinière ; — l'archevêque de Paris ; — le cardinal archevêque de Rouen ; — l'évêque d'Orléans ; — l'évêque d'Angers ; — Sardinoux, doyen de la Faculté de théologie protestante de Montauban ; — Fallot, pasteur de l'église de la confession d'Augsbourg ; — Isidor, grand rabbin de France ; — Devienne, premier président de la Cour de cassation ; — Renouard, procureur général près la Cour de cassation ; — Giraud, membre de l'Institut ; — Egger, membre de l'Institut ; — Beulé, membre de l'Institut ; — Laboulaye, administrateur du Collége de France ; — Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; — Milne-Edwards, doyen de la Faculté des sciences ; — Barth, membre de l'Académie de médecine ; — Feray, membre du Conseil supérieur de l'industrie, du commerce, etc. ; — Galos, membre du Conseil supérieur du commerce, de l'industrie, etc. ; — Martel, membre du Conseil supérieur de l'agriculture, du commerce, etc. ; — Faye, inspecteur général de l'instruction publique ; — Balard, idem ; — Valette, professeur à la Faculté de droit de Paris ; — Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; — Wallon, professeur à la Faculté des lettres de Paris ; — Chevreul, directeur du Muséum d'histoire naturelle.

Quatre membres de l'enseignement libre à élire par le Conseil. — Deux doubles élections ayant eu lieu et ayant été suivies d'option, il sera procédé dans le délai légal au choix d'un membre de l'Institut et d'un membre d'une Faculté de droit.

Des membres de ce Conseil, il en est trois, MM. Barth,

Bouisson et Wurtz, que nous devons suivre d'une façon plus spéciale. Les deux derniers par les fonctions même qu'ils occupent, ont été obligés d'étudier tout au moins certaines questions d'enseignement. Quant au premier, s'il est bien connu par ses publications classiques sur l'auscultation, il est loin d'avoir jamais indiqué qu'il se soit occupé des questions relatives à l'enseignement médical et, certes, l'Académie aurait pu trouver un homme connaissant mieux l'organisation de l'enseignement et chez nous et dans les pays étrangers. D'ailleurs, peu importent les hommes s'ils font tous leurs efforts pour amener la réalisation des réformes médicales réclamées depuis une dizaine d'années.

La liste, que nous avons reproduite, n'est pas encore complète. Restent à élire les quatre membres de l'enseignement libre. Or, pour cette élection, il existe une anomalie bizarre. En effet, tandis que le Conseil supérieur de l'industrie, du commerce et de l'agriculture, par exemple, élit lui-même ses représentants au Conseil supérieur de l'instruction publique, les membres de l'*enseignement libre* n'ont pas le même droit. Ce sont les délégués des corporations officielles qui sont chargés de ce soin. Là encore, on le voit, il y a mieux à faire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 *mai*. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD

M. LANDOUZY présente un malade atteint de *chorée* : on ne remarque aucun mouvement involontaire ou incoordonné dans la partie supérieure du corps ; à peine un léger *tic facial* et une parole un peu saccadée. Mais les membres inférieurs sont le siége des mouvements involontaires qui caractérisent la chorée. Le malade n'éprouve point de donleurs ; il a eu un rhumatisme, il y a quatre ans, mais sans manifestation cardiaque.

M. CHARCOT fait remarquer que ces cas ne sont pas très-rares et qu'il en a déjà observé un certain nombre à la Salpêtrière.

M. MURON a répété quelques-unes des expériences qu'il avait déjà faites, et publiées dans sa thèse chirurgicale au snjet des *injections d'urine* dans le tissu cellnlaire sons-cutané. Il a expérimenté tantôt avec des urines riches en sel, tantôt sur des animaux sains, tantôt sur des animaux affaiblis. Mais il a préféré aux lapins les chiens dont la résistance vitale est plus grande.

Toutes les fois qu'il injecte dans le tissu cellulaire d'un chien vigoureux une urine riche en urée, 60 à 80 pour 1000, il a toujours provoqué la formation d'un abcès. Mais si, d'autre part il dilue cette urine en mélangeant une part, un tiers, un demi, trois quarts d'eau à 20 grammes de cette urine primitivement riche en urée, la tendance à la suppuration va en progression décroissante et dès la deuxième dilution la résorption se fait presque toujours sans accidents inflammatoires. Si les chiens ont été affaiblis, soit par le jeûne prolongé, soit par une forte saignée non-seulement l'urine riche en urée, en sels, mais l'urine diluée provoquent, lorsqu'elles ont été injectées, des suppurations étendues, souvent accompagnées de gangrénes.

M. OLLIVIER appelle l'attention de la Société sur quelques faits de *Sueurs locales*. On en connait un très-grand nombre de cas, mais ce que l'on paraît ignorer c'est que aussi parfois ils peuvent se transmettre par hérédité. Il a connu un jeune homme de 21 ans dont la partie des téguments de la face innervée par la branche moyenne du trijumeau, était toujours le siége d'une active transpiration. On y constatait sans cesse de la moiteur et la moindre émotion, le moindre travail musculaire faisait perler des gouttes de sueur. Du reste à ce niveau aucune altération appréciable, à peine une vascularisation plus grande lorsque la sécrétion s'exagérait. Le malade n'avait ni névralgie ni maux de dents. Mais, chose curieuse, un phénomène en tout semblable avait été observé sur son grand père et jusqu'à sa mort survenue à 80 ans ; sa mère n'avait pas été atteinte de cette petite infirmité ; mais sa sœur et un des trois enfants de sa sœur avaient aussi une hypersécrétion des glandes sudoripares et localisée dans la même région.

M. ONIMUS rappelle que dans une précédente séance M. Verneuil, en parlant des herpès traumatiques les avait divisés en herpès *précoce* et en herpès *tardifs*. L'herpès précoce se produit immédiatement, sous l'influence de l'irritation du nerf, l'herpès tardif ne peut survenir que lorsque le nerf est régénéré. M. ONIMUS a observé récemment un de ces cas d'herpès tardif. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une chute, eut le nerf sciatique atteint, et bientôt on a pu constater un atrophie musculaire considérable; les téguments étaient à peu près insensibles. Mais peu à peu reparurent et la motricité et l'excitabilité ; la peau était de nouveau sensible ; c'est alors qu'on vit se développer deux vesicules d'herpès. Il est donc évident que l'herpès traumatique n'apparaît que lorsque les nerfs sensibles peuvent devenir le siége d'irradiations douloureuses.

M. CHARCOT. — On sait que l'herpès traumatique ne se développe pas à la suite des sections nettes des nerfs, mais bien lorsqu'ils ont été contus, déchirés ou à demi-coupés ; et dans ces cas on peut constater des irradiations douloureuses. Pour expliquer ces faits on a supposé une névrite. Elle est en effet probable, mais elle n'est pas démontrée. M. Charcot ne connait qu'un cas suivi d'examen nécropsique et ce cas lui est personnel. Il s'agissait d'un malade atteint de cancer des vertèbres du cou. Les corps vertébraux s'étant affaissés en rétrécissant l'ouverture des trous de conjugaisons, ce qui provoquait des irradiations douloureuses dans les régions innervées par le plexus cervical superficiel. Il survint une éruption d'herpès dans ces mêmes régions. Le malade mourut : A l'autopsie, on examina comparativement les nerfs du côté sain et les nerfs du côté où l'herpès avait apparu. Les premiers avaient leur coloration normale, les seconds, au contraire, étaient rouges, hypérémiés, gonflés ; à leur niveau, la circulation avait été évidemment plus active. Au microscope, on crut reconnaître dans les gaines une augmentation de noyaux ; mais à ce sujet, M. Charcot ne voudrait rien affirmer, car l'observation remonte à une époque où l'examen des nerfs était loin d'avoir la précision actuelle. P. R.

Séance du samedi 7 *juin*.—PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD

M. JOLYET vient exposer les résultats de quelques expériences qu'il a faites, avec le concours de M. BLANCHE, sur les effets du *protoxyde d'azote*. — On sait que le protoxyde d'azote entretient la combustion ; une allumette plongée dans ce gaz s'y rallume ; un charbon y brille d'un vif éclat. Il était intéressant de savoir s'il pouvait suffire aux besoins de la respiration des végétaux et des animaux. Les expérimentateurs ont placé des graines de cresson sur un papier humide recouvert d'une cloche remplie de protoxyde d'azote. Au bout de quinze jours la germination n'avait pas commencé. Mais lorsqu'on soulevait un peu la cloche pour laisser pénétrer une certaine quantité d'air, dès le 2e ou le 3e jour, les graines éclataient et l'on voyait apparaître la tigelle. Le résultat est toujours le même ; il est donc évident que, dans les expériences contradictoires, le protoxyde d'azote n'était pas pur et que lorsque la germination a eu lieu, le gaz contenu dans la cloche était mélangé avec de l'air.

Si, d'autre part, on plonge des animaux, oiseaux ou grenouilles dans le protoxyde, l'asphyxie est rapide ; au bout de quelques secondes, quelques minutes au plus, on voit survenir la mort. Mais dans toutes les expériences qui ont été faites, la sensibilité persistait jusqu'à la fin. A l'autopsie, le sang du cœur et des artères était noir.

Lorsque l'on fait un mélange de protoxyte d'azote et d'oxygène (80 de protoxyde d'azote pour 20 d'oxygène) on ne constate point d'asphyxie, mais la sensibilité persiste, et sur des chiens plongés dans ce mélange depuis quinze à vingt mi-

nutes, il n'y a pas trace d'anesthésie. Cependant l'analyse du sang démontre dans cent volumes l'existence de 30 centimètres cubes de protoxyde d'azote.

De ces expériences, on peut conclure que le protoxyde d'azote n'entretient la combustion ni des végétaux, ni des animaux ; qu'il ne produit l'anesthésie que par suite de l'asphyxie lorsque l'animal est en danger de mort imminente.

M. Charcot. Je n'ai vu employer qu'une fois le protoxyde d'azote. Il s'agissait de l'extraction d'une dent. Le tableau est véritablement effrayant. Lorsque l'intoxication commence, le regard devient fixe, la face pâle, livide même, de manière à présenter l'image de la mort la plus imminente ou encore de certaines formes de l'épilepsie. Je dois dire que l'opération fut faite sans douleur et que le réveil a été prompt, sans aucun accident consécutif.

M. Blot a eu le même spectacle et, comme M. Charcot, il en a été effrayé; du reste il existe un certain nombre de cas de mort et il est probable que tous n'ont pas été publiés.

M. Laborde a vu employer le protoxyde d'azote dans un accouchement; ce gaz ne mérite guère le nom d'*hiltariant* qui lui a été donné, car la personne à laquelle il avait été administré versa de véritables torrents de larmes.

M. Cl. Bernard rappelle à M. Jolyet l'expérience de Boussingault : les feuilles vertes mises sous une cloche avec de l'acide carbonique pur ne décomposent pas cet acide carbonique. Mais dès qu'on a fait pénétrer une certaine quantité d'oxygène, les phénomènes ordinaires ont lieu.

M. Jolyet fait une seconde communication : on sait que le *chlorophyle* décompose, sous l'influence de la radiation solaire, l'acide carbonique de l'atmosphère; elle fixe le carbone et exhale l'oxygène. Mais M. Boussingault avait vu que les vapeurs mercurielles faisaient disparaître cette propriété, et les feuilles empoisonnées par ces vapeurs ne décomposent plus l'acide carbonique; mais ce qu'il n'a pas vu, c'est que la feuille agit encore tout comme dans la respiration nocturne : elle absorbe de l'oxygène et émet de l'acide carbonique. *Cette expérience n'est-elle pas une confirmation des idées de Garreau qui distingue dans la plante la respiration et la digestion. Par la respiration la plante, comme tous les êtres vivants, absorbe de l'oxygène et rejette de l'acide carbonique; par la digestion, elle décompose l'acide carbonique, fixe le carbone et met l'oxygène à l'état de liberté.* Les vapeurs mercurielles utilisent les fonctions digestives en laissant subsister les fonctions respiratoires.

M. Cl. Bernard insiste sur l'intérêt de cette communication. Elle est une des meilleures preuves que l'on puisse invoquer en faveur des idées de Garreau, si remarquables en ce qu'elles font rentrer les végétaux dans la loi commune des êtres qui respirent, au lieu de les placer en antagonistes. C'est par la connaissance de cette double fonction respiratoire et digestive qu'on peut s'expliquer l'expérience citée de Boussingault. Si les feuilles plongées dans de l'acide carbonique pur ne décomposent pas ce gaz, tandis qu'elles le décomposent dès qu'on ajoute de l'oxygène, c'est que dans le premier cas les feuilles sont asphyxiées et perdent leur fonction, tandis que dans le second elles absorbent de l'oxygène, par conséquent respirent; elles accomplissent alors leurs fonctions digestives et décomposent l'acide carbonique.

M. Bouchard communique un cas d'*empoisonnement par le mercure.* Il s'agit d'un malade couvert d'une éruption syphilitique papulo-squameuse. Seules les parties internes des cuisses n'étaient pas atteintes. C'est à ce point que le malade s'est fait pendant sept jours des frictions immodérées d'onguent mercuriel; dès le cinquième jour, on pouvait constater une stomatite mercurielle des plus intenses. La sécrétion urinaire a présenté des troubles remarquables : d'abord la quantité était moindre; à peine 150 grammes en 24 heures; elle contenait de l'albumine. On ne trouvait dans les 150 grammes que 54 centigrammes d'urine, ce qui fesait à peine 350 grammes, pour un litre. Au contraire, les matières extractices étaient très-abondantes, 4 grammes environ, ce qui faisait 23 grammes pour un litre. Les phosphates et les chlorures étaient moins abondants qu'à l'état normal.

M. Charcot. A propos de l'*albuminurie* constatée dans cet empoisonnement, je ferai remarquer que dans l'*intoxication saturnine*, la *goutte* est chose fréquente : les reins des intoxiqués paraissent ne pouvoir plus séparer l'acide urique qui s'accumule dans le sang. J'en puis citer plusieurs observations concluantes. A Me... on trouve deux fabriques de blanc de céruse; des deux patrons, l'un a succombé à 35 ans. Né de parents non goutteux, il fut pris à 25 ans de coliques saturnines, de paralysie des extenseurs : puis survint la goutte, mais de marche chronique, comme c'est l'habitude en pareil cas; goutte des plus nettes avec des dépôts tophacés uratiques considérables. Il y a trois mois, le patron du second établissement est venu me consulter; chez lui, mêmes processus : coliques saturnines, pas d'antécédents de goutte dans sa famille et cependant goutte chronique avec tophus uratiques volumineux. Enfin, il y a quatre ou cinq jours, un ancien peintre en bâtiments est venu me consulter. Lui aussi, après avoir été intoxiqué par le plomb avait eu plusieurs accès de goutte et présente aujourd'hui des déformations caractéristiques de la goutte, avec dépôts tophacés sur les oreilles. M. Garrod a depuis longtemps appelé l'attention sur cette relation qui a été vérifiée par d'autres observateurs. M. Garrod a remarqué, en outre, que dans l'intoxication saturnine professionnelle, la proportion d'acide urique des 24 heures diminue dans les urines, en même temps que le taux de cet acide augmente dans le sang. Il a fait voir, de plus, que l'administration de l'*acétate de plomb*, à doses médicamenteuses, continuée pendant plusieurs jours, suffit pour amener la diminution de l'excrétion de l'acide urique par les urines.

M. Liouville fait en son nom et au nom de M. Béhier, une communication sur *un cas de mort par œdème aigu à la suite d'une thoracentèse.*

Il s'agit d'un homme de 38 ans atteint de pleurésie du côté gauche; du côté droit, on constate des signes de bronchopneumonie. La ponction fut faite et on retira 2,500 grammes de liquide; l'opération ne présenta rien de particulier; le malade ne cracha point de sang. Mais trois heures après l'opération, il fut pris de dyspnée; les accidents qu'il éprouvait n'avaient rien de la syncope signalée parfois dans un pareil cas, c'était bien de l'asphyxie; le malade cherchait de l'air, faisait des efforts pour cracher, *mais il n'y avait pas d'expectoration,* quatre heures après l'opération, il était mort.

A l'autopsie, on constatait que le lobe inférieur du poumon gauche était distendu par une très-grande quantité de sérosité spumeuse, analogue à celle que l'on trouvait dans les grosses ramifications bronchiques. Cette sérosité remplissait le lobe et s'écoulait en abondance lorsqu'on fesait une incision.

M. Liouville insiste sur la mort par asphyxie. Ce n'est pas la première fois qu'il l'a observée dans des circonstances semblables : il a vu trois fois les choses se passer ainsi. On ne peut pas invoquer ici la piqure du poumon, il n'y a pas eu de crachements de sang. Ce cas doit être évidemment rapproché de ceux qui ont été signalés dans ces derniers temps et rassemblés dans la thèse de M. Terrillon. Il doit en être rapproché malgré l'absence d'expectoration albumineuse. Il est possible que si cette expectoration avait pu se faire, la mort ne serait pas survenue. Enfin, au point de vue pratique, ne pourrait-on dire qu'une évacuation trop prompte est parfois dangereuse; qu'elle doit être soigneusement évitée lorsque l'autre poumon est atteint; que l'hématose y est compromise?

M. Dumont-Pallier a observé, il y a peu de temps, un cas tout-à-fait semblable à l'hôpital Saint-Antoine, après une ponction avec le trocart à hydrocèle. La ponction fut faite le matin. Vers 9 heures du soir, les accidents débutaient et à minuit le malade mourait. Le poumon fut trouvé distendu par de la sérosité. Depuis ce jour, M. Dumont-Pallier n'évacue que la moitié du liquide et applique des révulsifs cutanés.

M. Carville se demande quelles peuvent être les causes qui provoquent cet œdème aigu. Lorsqu'il était interne de M. Hérard, ce médecin insistait souvent sur le danger qu'il y avait dans ces évacuations rapides du liquide pleurétique. L'air pénètre en abondance dans les alvéoles; le sang afflue dans les capillaires, les distend, et une certaine quantité de sérosité peut passer au travers de leurs parois.

membre adjoint. Deux tours de scrutin ont eu lieu. Au premier tour, 27 membres ont pris part au vote. Les voix se répartissent ainsi : MM. Hallopeau, 11 voix; Malassez, 9; Hénocque, 5; Renaut (J.), 2; — Chatin, 1. — Deuxième tour de scrutin, M. Hallopeau obtient 18 voix; M. Malassez 9; M. Hallopeau est élu.
P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *juin* 1373.—Présidence de M. Depaul.

Le Ministre de la guerre demande l'avis de l'Académie sur l'organisation du service de santé de l'armée ; c'est surtout au point de vue des rapports entre les médecins et les pharmaciens. Il y a eu souvent des plaintes des médecins et on demande s'il ne faudrait pas supprimer les pharmaciens ou leur donner un grade inférieur.

M. Chauveau maintient ses conclusions relatives à la *transmission des tubercules* par les voies digestives et dit que M. Colin a mal compté ses expériences. M. Bouley rapporte quelques faits de M. Saint-Cyr, confirmant ceux de M. Chauveau. D'un autre côté, MM. Raynal et Colin nient ce genre de transmission.

Suite de la discussion sur le typhus exanthématique. M. Fauvel fait l'histoire des deux épidémies, 1860 et 1863. Il cherche à démontrer que le typhus s'est développé dans des conditions toujours les mêmes, comme dans toutes les épidémies. Encombrement (1860, les Tartares) (1873, les Circassiens), la misère, la famine ; le scorbut et la diarrhée avaient, comme d'habitude, précédé l'invasion du typhus.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 *mai*. — Présidence de M. Charcot.

Hémorrhagie du péricarde consécutive à une hémorrhagie interstitielle du ventricule gauche; Oblitération de l'artère coronaire postérieure par un caillot; Mort subite, par Dransart, interne des Hôpitaux.

Le 28 février 1873, Mme B..., âgée de 70 ans, pensionnaire à Sainte-Périne, mourut subitement. Le jour même de sa mort Mme B... jouissait d'une bonne santé; elle s'était du reste toujours très-bien portée et possédait un embonpoint assez marqué.

Autopsie. — Le *péricarde* est considérablement distendu et présente un aspect bleuâtre. L'ouverture de cette membrane donna issue à du sang liquide qui remplissait complétement la cavité péricardique. Les gros vaisseaux paraissaient sains à l'extérieur, et l'attention fut immédiatement attirée par l'existence d'une *ecchymose* siégeant sur la paroi postérieure du cœur au niveau du *ventricule gauche*, plus rapprochée du bord gauche du cœur que du sillon interventriculaire. Cette ecchymose, d'une teinte rouge foncée, présentait une hauteur d'environ 35 à 40 millimètres et une largeur variant entre 7 et 10 millimètres. Vers la partie moyenne de cette ecchymose, on constatait l'existence d'un *orifice* très-petit, sous forme de fente admettant l'extrémité d'une sonde cannelée. La sonde cannelée s'enfonçait dans un cul de sac dirigé obliquement dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire et limitant l'introduction de l'instrument à une longueur de 4 à 5 millimètres.

On ouvrit les cavités cardiaques; il n'y avait aucune altération au niveau des gros vaisseaux. La cavité du ventricule gauche ne présentait pas la moindre communication avec la poche péricardique, des recherches minutieuses ne purent faire découvrir la plus petite fente dans l'interstice des muscles papillaires. Quelques incisions faites dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire au niveau de l'ecchymose prouvèrent que l'infiltration sanguine occupait une grande épaisseur de la paroi ventriculaire; mais on put s'assurer par une coupe faite obliquement à la face interne des ventricules, près de la base des muscles papillaires, qu'une certaine épaisseur du muscle ventriculaire attenant à l'endocarde, était exempte d'infiltration sanguine. Cette dernière donnée venait expliquer l'absence d'orifice de communication au niveau de l'endocarde. Il est bon de faire observer que le muscle cardiaque à l'œil nu était parfaitement sain. Le cœur avait un volume normal et les parois des cavités présentaient une épaisseur qui éloignait toute idée de travail atrophique à leurs dépens.

Il est vrai qu'il y avait une surcharge graisseuse au niveau des sillons cardiaques, mais cette surcharge graisseuse n'était pas spéciale à l'organe central de la circulation, attendu que le tissu adipeux chez notre sujet était fortement développé dans tous les organes.

La dissection des *artères coronaires* faite deux mois après l'autopsie (le cœur ayant été conservé dans l'alcool) donna les résultats les plus remarquables :

1° L'*artère coronaire postérieure* est très-altérée; ses parois sont dures et épaissies; sa face interne présente une coloration rougeâtre très-prononcée. Après un trajet de quelques centimètres dans le sillon inter-auriculo-ventriculaire le calibre de l'artère cesse d'être perméable; il est occupé par un caillot rougeâtre qui se prolonge jusque dans les deux branches de bifurcation de la coronaire postérieure-inter-auriculo-ventriculaire et artère inter-auriculaire postérieure.

De l'artère inter-auriculo-ventriculaire part une collatérale qui, descendant de la face postérieure du ventricule gauche, se rend au foyer hémorrhagique que nous avons décrit. Cette artère est blanchâtre, exsangue et c'est à ses dépens, selon toute probabilité, que s'est faite l'hémorrhagie qui a occasionné la mort. Il y a eu rupture d'une artériole altérée lors du rétablissement de la circulation collatérale qui a dû s'effectuer à la suite de l'oblitération de l'artère coronaire postérieure.

2° L'*artère coronaire antérieure* est également altérée, ses parois sont épaissies, sa face interne est rougeâtre, mais son calibre est perméable. Cette pièce nous parait intéressante en ce qu'elle démontre la possibilité d'une hémorrhagie péricardique mortelle spontanée, indépendante d'une rupture du cœur ou des gros vaisseaux et liée à des lésions dans les artères coronaires.

Il est facile de se convaincre encore par l'examen de cette pièce que si une hémorrhagie moins abondante dans le péricarde avait permis à la malade de vivre quelque temps, la rupture de la paroi ventriculaire se fut complétée et dans les cas de ce genre, la rupture du cœur doit être considérée comme un phénomène secondaire et non primitif.

M. Charcot rappelle qu'un de ses internes, M. Soulier, a publié (1) une observation qui est le complément de celle de M. Dransart. Il s'agissait d'une femme à peu près du même âge et qui fut amenée à l'infirmerie de la Salpétrière pour une syncope. Elle était algide; la température était à 35° ou 36°. Cette femme s'est remise de cette première syncope, puis elle eût deux ou trois lypothymies et enfin, elle succomba subitement. A l'autopsie, nous avons trouvé des caillots récents et des caillots anciens. Il y avait eu d'abord une hémorrhagie superficielle qui n'avait pas tué la malade, mais avait donné lieu à une première syncope. Plus tard, il se fit une rupture complète qui occasionna la mort. Je dois ajouter que, en pareille circonstance, il est bon d'examiner le système artériel général.

Tuberculose des poumons et des organes génito-urinaires, par J. Cazalis, interne des hôpitaux.

Arthur M..., gardien de la paix, âgé de 30 ans, entre le 18 avril 1873, dans le service de M. Moissenet, salle Sainte-Jeanne, n° 76. Il est malade depuis 6 ans; il eut au début une succession de maladies de poitrine qui furent appelées bronchites et pleurésies. Cependant, il put faire la campagne de Metz, et fut envoyé prisonnier à Mayence, où il eut un abcès dans la gorge et un rhumatisme articulaire aigu. Il y a un an que ses testicules devinrent volumineux à la suite d'une blennorrhagie, et peu après deux fistules s'établirent au scrotum.

A l'entrée dans l'hôpital, on constate un état cachectique fort avancé, de la dyspnée, de la toux, des crachats purulents au milieu des crachats visqueux, blanchâtres et filants. On trouve au sommet droit en arrière, de la matité, du souffle et du gargouillement; au-dessous, des rales sous-crépitants. A

(1) Soulier. — *Sur un cas de rupture du cœur. In Comptes-rendus et mémoires de la Société de biologie*, année 1862.

gauche, on entend un souffle sec au sommet, et une respiration rude et puérile dans le reste du poumon. Au scrotum, une cicatrice fistulaire et deux fistules correspondent à la queue de l'épididyme, du côté droit. A gauche, une fistule correspond à l'épididyme de ce côté. Les testicules sont un peu mous et douloureux; on sent que les épididymes sont presque aussi volumineux qu'eux, douloureux, adhérents à la peau. Les cordons sont douloureux, engorgés, mais celui de droite l'est plus que l'opposé. Depuis quelques jours, le malade ressent une ardeur très-vive quand il urine, et en pressant sur l'urèthre, on fait sourdre du pus. On trouve également un peu de pus dans l'urine, mais pas d'albumine. On a examiné au microscope le pus de la verge et des fistules, et on n'y a trouvé aucun spermatozoïde.

Depuis que les fistules se sont établies, le malade a des désirs vénériens, des érections, mais pas d'éjaculation. Cependant, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, on a remarqué des habitudes de masturbation continuelle. La *mère* de ce homme est morte poitrinaire; la phthisie paraît avoir régné dans cette famille. Le malade est tombé peu à peu dans un marasme de plus en plus complet, et a passé ses trois derniers jours dans le coma, entrecoupé de délire tranquille; il est mort le 29 avril.

AUTOPSIE, 1er *mai* 1873. — Le *poumon gauche* présente au sommet un épaississement de la plèvre viscérale qui tient fortement à l'autre feuillet de la membrane par des adhérences fibreuses et résistantes. Au sommet du lobe supérieur se trouve une caverne du volume d'une petite prune, entourée d'une zone de tissu induré, noirâtre; peu étendu, et de quatre ou cinq petites cavernules du volume d'un pois. Dans le lobe supérieur et la moitié supérieure du lobe inférieur, granulations tuberculeuses opaques ou transparentes, réunies en amas, plutôt que disséminées. Le poumon, du reste, est fort peu congestionné.

Le *poumon droit* est entouré de fausses membranes plus épaisses, avec des adhérences plus nombreuses et plus solides que du côté opposé. Il n'y a pas de granulations sur les plèvres. On trouve dans le poumon, au sommet, une seule petite caverne, mais les lobes renfermant une plus grande quantité de granulations; tout ce poumon est le siége d'une congestion intense.

Le *péricarde* viscéral présente de petites plaques laiteuses en avant et en arrière : le *cœur* a son volume normal, le muscle cardiaque est un peu pâle, les valvules sont légèrement épaissies; le ventricule gauche renferme des caillots fibrineux et cruoriques d'agonie.

Le *péritoine* ne présente aucun signe d'inflammation, ni ascite, ni fausses membranes. — Le *foie*, de volume normal, semble pâle. — La *rate* est normale. — Les *intestins* n'ont pas été ouverts; à l'extérieur, on n'observe aucune trace de lésions: le rectum ouvert, jusqu'à l's iliaque, est sain.

Le *sein droit* est volumineux; il mesure 15 cent. de longueur; sa coloration est d'un brun foncé, il se décortique facilement, et on observe à la surface une injection capillaire fort accentuée. Sur une étendue de quelques centimètres carrés, la coloration est d'un blanc jaunâtre. A la coupe, on trouve que cette coloration superficielle répond à des noyaux plus profonds, au nombre de trois, du volume d'une grosse noisette à un gros pois: ces noyaux se composent de matière jaune, caséeuse, ramollie au centre; à la circonférence se trouve une zone qui semble fibreuse, plus grise que le tissu sain du rein, translucide, zone dans laquelle on voit de petits noyaux caséeux miliaires. Le tissu de l'organe est fortement congestionné. Les tubercules se sont développés indifféremment dans les deux substances. Sur la muqueuse du bassinet on trouve quelques granulations saillantes, translucides, évidemment tuberculeuses.

Le *rein gauche* est de même volume que le droit; sa capsule se décortique aisément, mais la coloration générale est d'un gris rougeâtre; une grande partie de la surface est jaune ou blanche, et cette coloration se présente par points isolés, ou par points rapprochés formant des plaques plus ou moins étendues. A la coupe, on trouve six ou sept foyers de volume d'une aveline environ, d'une forme arrondie, ou ovalaire dans le sens des pyramides. Les uns sont formés d'un tissu jaune caséeux, ramolli au centre; plusieurs sont remplis d'une bouillie jaune qui coule comme du pus, et leurs parois seules présentent une couche de matière caséeuse solide. Dans le tissu intermédiaire à ces gros tubercules, qui est rosé, jaunâtre, en quelques endroits, on trouve un grand nombre de points miliaires, jaunâtres, non saillants, isolés, ou bien réunis en amas, quoique souvent encore séparés les uns des autres par un peu de tissu rosé. On n'observe plus que trois pyramides à peu près saines, pressées par les foyers tuberculeux; le reste de l'organe est formé par de la substance corticale pâle, rosée, d'un aspect translucide.

La muqueuse du *bassinet* et des *calices* est semée d'une énorme quantité de petites granulations miliaires, opaques et jaunâtres qui forment par leur réunion de petites plaques très-voisines les unes des autres. L'*uretère* est parsemé de plaques et de granulations semblables : les tuniques sont épaisses, le diamètre du canal égale celui d'un crayon, sa consistance est dure; la lumière est libre, mais rétrécie, dans toute la longeur de l'organe.

La *vessie* est de volume normal; ses parois sont d'épaisseur ordinaire, sa muqueuse est arborisée, de teinte ardoisée en quelques places; mais autour du col, on trouve quelques petites granulations transparentes et opaques.

Le *canal de l'urèthre* ne présente rien de particulier, sauf au niveau de la *prostate*; en ce point, en effet, le canal s'ouvre par un large orifice dans une cavité creusée au centre de la glande; cette cavité, du volume d'une grosse noisette, est remplie d'un pus crémeux qui sort au moment où on ouvre l'urèthre, et de grumeaux dont on ne peut faire sortir qu'une partie; les parois sont inégales, rugueuses, couvertes d'une couche de matière caséeuse : ce n'est que sur les côtés de la prostate que le tissu de la glande se retrouve encore.

Le *canal déférent* du côté droit est volumineux: ses parois sont dures, épaissies, grises; la muqueuse est couverte d'un enduit purulent à aspect caséeux qui ne s'en va qu'à l'aide d'un raclage énergique : on voit alors, au-dessous de cette couche, et dans la muqueuse, des granulations opaques, d'un blanc jaunâtre. Ce canal s'ouvre par un orifice évasé dans la cavité centrale de la prostate. La *vésicule séminale* du même côté, petite, offre des parois fort épaisses, du pus caséeux dans une cavité centrale qu'on a peine à trouver, et son canal s'ouvre dans la cavité centrale de la prostate. Le canal déférent du côté gauche présente des lésions analogues à celles de l'opposé, seulement au niveau de la vésicule séminale : mais alors les parois deviennent énormes, le calibre est inégal, le cylindre tout entier a le volume du bout du petit doigt; l'orifice évasé aboutit à la caverne de la prostate. La vésicule présente les mêmes lésions que l'opposée, mais ses parois sont plus épaisses.

Les *testicules* sont tous deux de petit volume, pâles, blancs avec une légère teinte jaune; dans les cloisons du testicule droit, on trouve deux ou trois granulations miliaires, dures, transparentes. Les deux épididymes sont presque aussi volumineux que les testicules; chacun renferme plusieurs foyers caséeux secs, auxquels aboutissent les fistules observées pendant la vie de chaque côté du scrotum.

L'*encéphale* n'a pu être examiné. (*A suivre*).

REVUE CHIRURGICALE.

De l'extirpation du rein.

L'extirpation du rein est une opération si grave, qu'il a fallu toute la hardiesse des chirurgiens allemands ou américains pour en concevoir la possibilité et, surtout, pour l'exécuter une première fois. La quantité et l'importance des produits excrétés par les reins, les accidents presque constamment mortels causés par la rétention des matières excrémentitielles, de l'urée en particulier, devaient tout d'abord faire rejeter une semblable opération. Ajoutez à cela les difficultés d'agir à une si grande profondeur, au voisinage immédiat du

péritoine, la péritonite, l'hémorrhagie difficile à arrêter et la série des accidents consécutifs à une si vaste plaie.

Cependant, si l'on considère que le rein est situé en dehors de la cavité péritonéale, qu'il peut être atteint isolément à la région lombaire; si l'on se rappelle encore que les faits pathologiques ont démontré que souvent un seul rein pouvait suffire à la sécrétion urinaire, et que les accidents graves survenaient surtout quand la suppression de la fonction se faisait brusquement, il semble possible alors de tenter l'opération. Toutefois, le Dr Simon, le célèbre chirurgien de l'Université d'Heidelberg, qui l'exécuta le premier, voulut trouver un nouveau point d'appui dans l'expérimentation : il lia les uretères chez des chiens et enleva un des reins; or, les accidents graves, l'intoxication urémique surtout, ne se manifestèrent pas. Mais si l'opération était justifiée, quelles en étaient les indications? Le diagnostic des lésions d'un organe situé aussi profondément que le rein n'est pas chose facile, c'est ce que prouve l'erreur complète commise par deux opérateurs : on arriva sur un rein entièrement sain. Nous pensons cependant que lorsqu'il s'agit de certaines tumeurs du rein, d'une pyélite calculeuse avec accidents urinaires ou septicémiques, ou encore, comme dans le cas du Dr Simon, d'une fistule urinaire rénale impossible à guérir, il peut être indiqué d'opérer. Il faudra toujours être absolument certain auparavant de l'état du rein du côté opposé. L'examen des urines donnera dans ce cas d'utiles renseignements.

Nous connaissons déjà quatre cas d'extirpation du rein: le *premier* est celui du Dr Simon. Il s'agissait, avons-nous dit, d'une fistule urinaire intarissable. L'opération fut suivie de succès. Le *second* est dû au Dr Liser : le rein fut enlevé à cause des désordres survenus à la suite d'une blessure de guerre : la mort survint rapidement. — Le Dr Durham pratiqua la *troisième* extirpation : il commit une erreur de diagnostic et perdit sa malade après 25 jours. Le *quatrième* ou dernier est aussi le plus intéressant en raison des difficultés du diagnostic, et aussi des conséquences physiologiques. Nous le rapporterons en entier tel qu'il est dans le *New-York Medical Journal*. Chose remarquable! *Dans aucun de ces cas, il ne survint d'accidents urémiques.* — Nous allons maintenant résumer brièvement les observations.

I. — Le Dr G. Simon, dans son ouvrage intitulé *Chirurgie der Nieren* (Chirurgie des reins), dont la première partie vient de paraître, fait avec détails le récit de la première opération de néphrotomie qui ait été pratiquée chez l'homme.

La malade, âgée de 36 ans, avait, 18 mois auparavant, subi une opération d'ovariotomie : on avait enlevé le corps de l'utérus et les deux ovaires. Pendant l'opération, l'uretère du côté gauche fut lésé, et, après la guérison, l'urine s'écoulait par une fistule de la paroi abdominale quand la malade était debout; si, au contraire, elle était couchée, le liquide passait par ce qui restait du col utérin et par le vagin. Un stylet pouvait pénétrer par la fistule abdominale dans le vagin. La vie devint insupportable à la malade qui réclama une opération.

M. Simon se proposa tout d'abord de fermer la fistule abdominale, puis d'établir une fistule vésico-vaginale, durant laquelle il ferait la suture du vagin. Il réussit à fermer la fistule abdominale, mais l'urine ne coula plus dans le col utérin; la plaie se rouvrit et laissa passer l'urine comme auparavant. Il essaya alors d'oblitérer l'uretère avec le nitrate d'argent, dans l'espérance que l'atrophie du rein correspondant en serait le résultat; mais la santé générale de la malade en fut tellement troublée, qu'il fut obligé de renoncer à ce procédé, après l'avoir essayé trois fois. Il n'y avait plus qu'une ressource : l'extirpation du rein. Mais on avait à redouter l'intoxication urémique et la péritonite. M. Simon, certain, par ses expériences, qu'il ne survenait pas de symptômes d'urémie aux chiens auxquels on enlevait un seul rein, et sachant, d'un autre côté, que la péritonite n'était pas absolument inévitable, puisque chez l'homme, le rein est situé en dehors de la cavité péritonéale, se résolut à faire l'opération. Il pratiqua une incision longue de 9 à 10 centimètres au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire, et allant du bord inférieur de la dixième côte à la partie moyenne de la crête iliaque. Pendant les 24 heures qui suivirent l'opération, la malade excréta 460 cent. cubes d'urine, contenant 4 % d'urée. Pas de symptômes d'urémie; pas de péritonite. La convalescence fut cependant très-longue. La malade garda le lit seulement pendant 38 jours, mais 6 mois s'écoulèrent avant que sa santé ne fût complétement rétablie. Il ne survint pas d'hypertrophie du ventricule gauche du cœur.

Le Dr Simon tira de ce succès remarquable la conclusion suivante : l'ablation d'un rein sain n'a pas une influence défavorable sur la santé de l'individu, parce que, dit-il, il existe une grande tolérance pour l'accumulation en certaine quantité des produits de sécrétion des reins; d'ailleurs, l'autre rein augmente de volume et sécrète davantage.

II. — La seconde opération d'ablation du rein fut pratiquée, en 1870, par le Dr Liser, à la suite de lésions graves produites par une blessure d'arme à feu. (In *Wurtemberg Correspondenzblatt*, n° 61, 1870.) En voici les points les plus intéressants :

La blessure fut faite en décembre. Par la plaie qui siégeait au côté droit de la colonne lombaire, il s'écoula du *sang et de l'eau*. Au mois de janvier suivant, la suppuration s'établit. On place des tubes à drainage en mars. On trouve alors des cylindres dans l'urine, et de petits calculs rugueux sortirent par la blessure. A la même époque, de la douleur, des symptômes d'inflammation violente se déclarèrent du côté du rein non blessé. L'urine, provenant de la vessie, renfermait du pus, des globules sanguins et des tubes. Après quelques jours, ces accidents aigus disparurent et l'opération fut pratiquée le 23 mars 1871. La blessure fut élargie en haut et en bas de la douzième côte à l'os iliaque. On trouva le rein transformé en une espèce de kyste énorme. En raison du volume de cet organe, l'opérateur fut obligé d'enlever un pouce de la douzième côte et d'élargir la plaie latéralement. On arrêta par la pression l'hémorrhagie de l'artère intercostale. Pendant deux heures, le malade fut pris d'accidents chloroformiques dangereux. Une hémorrhagie survint et l'affaiblit encore. Il mourut dix heures après l'opération.

Autopsie. — Il n'y avait pas de lésion du péritoine. Le *rein enlevé* communiquait par deux ouvertures fistuleuses avec la plaie. Le *rein droit* était malade; il renfermait plusieurs petits abcès. L'altération profonde du rein droit fut considérée comme la cause de la mort. Ce qui parut intéressant au point de vue physiologique, c'est l'abondante sécrétion du rein gauche et l'affection concomitante du rein qui n'avait pas été blessé. Les deux uretères étaient perméables.

III. — *The British Medical Journal* du 18 mai 1872 renferme un troisième cas d'ablation du rein. Le Dr Durham enleva le rein droit d'une femme dans les circonstances suivantes :

La malade, âgée de 43 ans, d'une bonne santé générale, se plaignait depuis nombre d'années, d'une violente douleur dans la région du rein droit. Elle éprouvait tous les symptômes des calculs rénaux, y compris l'hématurie. On n'avait jamais trouvé de calculs ni dans l'urine ni dans la vessie. Sur ces vagues indications, M. le Dr Durham fit l'opération suivante : Une incision parallèle au bord externe du carré des lombes, le conduisit jusque sur le rein ; il l'examina le mieux possible, sans le changer de place, mais n'y trouvant rien d'anormal, il se décida à refermer la plaie, sans pousser plus loin l'opération. Pendant quelque temps, la malade ne souffrit plus de son rein droit, mais bientôt la douleur revint plus violente que jamais : elle devenait très-vive, surtout quand on pressait sur la cicatrice. En mai 1872, le Dr Durham résolut de recommencer l'opération et d'enlever le rein. Une nouvelle incision fut faite au même point; on décolla le rein des tissus ambiants on comprit son pédicule dans une forte ligature ; on coupa et on l'enleva tout entier. Le rein, incisé par la moitié, fut trouvé parfaitement sain. Vingt-cinq jours après la malade mourrait.

Il eût été intéressant dans ce dernier cas de connaître d'une façon précise la cause de la mort : malheureusement, le journal que nous avons entre les mains n'en fait pas mention. Il s'agit, en effet, de l'ablation d'un rein complétement sain. Il est possible que cette suppression brusque d'une glande aussi volumineuse soit suivie de désordres beaucoup plus graves que, lorsqu'on enlève un organe déjà altéré, qui n'apporte plus à la sécrétion urinaire qu'un concours restreint, et qui est souvent, au contraire, devenu la source de troubles graves pour l'économie. (*A Suivre.*)

H. DURET.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Du Chlorhydrate de triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par DUJARDIN-BEAUMETZ.

La question du traitement de rhumatisme articulaire aigu par la triméthylamine est loin d'être résolue ; s'il y a beaucoup de faits positifs, les faits opposés ne font pas défaut. Dans un hôpital on réussit, dans un autre on n'obtient aucune amélioration. On a démontré, et principalement M. Frédéric Wurtz, que la triméthylamine n'était point un composé fixe et stable ; est-ce donc parce que l'on se servirait de médicaments différents, que l'on aurait des résultats également différents.

Aussi dans une nouvelle étude, M. Dujardin-Beaumetz,

recommande d'employer le chlorhydrate de triméthylamine, qui est fixe, quelle que soit sa provenance, et paraît avoir toujours une action physiologique et une action thérapeutique identiques : cette substance se donne à la dose de 50 centigr. à 1 gram. dans une potion, en 24 heures. M. Dujardin-Beaumetz, joint à cette étude, de nouveaux exemples rapides de guérison. (*Bulletin de thérap.* n° 9, 1873).

II. **Formules sur les préparations de triméthylamine,** par A. Petit.

A côté du mémoire de M. Dujardin-Beaumetz, le *bulletin de thérapeutique* donne une note intéressante de M. A. Petit, pharmacien. Il est indispensable, dit-il, que le médecin qui ordonne la triméthylamine ajoute le mot *vraie* à sa prescription ou plutôt prescrive la solution au dixième.

Exemple :

Solution de trimétylamine au dixième	5 gram.
Potion gommeuse	150 gram.

(cette potion contiendra 50 centigr. de triméthylamine *vraie*).

Le pharmacien saura ainsi ce que le médecin demande, sans cela on donnerait, comme triméthylamine vraie, les solutions de concentration très-variables qui sont dans le commerce. Pour l'administration du chlorhydrate de tryméthilamine, M. Petit propose la formule suivante :

Chlorhydrate de triméthylamine	10 gram.
Teinture de zeste d'oranges	20 »
Sirop simple	970 »

On obtient ainsi un sirop agréable au goût et contenant 20 centigr. de sel par 20 gram. (c'est-à-dire par chaque cuillerée à bouche).

III. **Injections sous-cutanées**, par M. Constantin Paul.

Après avoir fait ressortir les inconvénients des solutions au moyen de l'eau, de l'alcool, M. C. Paul recommande la glycérine, comme dissolvant ; c'est un liquide neutre, d'une conservation facile, et de plus, c'est de tous les liquides celui qui, par sa nature, est le plus rapproché de la composition du tissu cellulaire, sous-cutané. La glycérine est, en effet, pour le tissu cellulo-graisseux, une substance presque normale.

M. C. Paul donne ensuite un moyen simple d'injecter une quantité précise de substance. Il consiste à peser la seringue pleine de glycérine, puis à la peser vide ; par différence, on a la contenance de la seringue, en poids : soit 1 gr. 30, par exemple ; on compte ensuite le nombre de demi-tours, qu'il faut faire au piston pour vider la seringue, soit vingt et un. Supposons maintenant qu'on veuille donner, par exemple un millig. de chlorydrate de morphine, on fera le calcul suivant : En faisant 24 demi-tours, le piston chasse 1 gr. 30 de glycérine, si on met 21 millig. de chlorhydrate de morphine dans 1 gr. 30 de glycérine, chaque demi-tour donnera un milligr. (*Répert. de phar.* et *Journal des connaissances méd.* n° 6, 1873).

F. R.

BIBLIOGRAPHIE

Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale, par M. le docteur Armaingaud, Paris. Delahaye. In-8° de 65 pages.

Le mémoire de M. Armaingaud se compose de trois parties. Dans la première, l'auteur rapporte des observations de névralgie dans lesquelles il a constaté l'existence d'un *point apophysaire.* On sait en quoi consiste ce phénomène indiqué par Trousseau comme constant. « Je l'ai toujours recherché depuis que mon attention a été attirée sur ce point, dit le professeur de l'Hôtel-Dieu (1) et jamais encore une fois je n'ai manqué de le trouver. Pour en constater l'existence, il suffit de presser successivement les apophyses épineuses des vertèbres, en commençant par les deux premières, immédiatement au-dessus de l'occipital, et descendant jusqu'aux lombes. On arrive ainsi à un point dont la pressiou fait brusquement redresser le malade qui cherche à se dérober au contact et parfois pousse un cri : vous avez touché le point douloureux. On peut constater en même temps que la pression des vertèbres situés au-dessus et au-dessous ne fait éprouver aucune souffrance. »

(1) Trousseau.—*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 2e éd., t. II, p. 31.

D'après M. Armaingaud, l'existence du point apophysaire serait moins constante et se rencontrerait seulement dans un tiers des cas environ (11 fois sur 30). Dans une des observations relatives à un cas de migraine avec pâleur de la face et congestion oculaire, la pression sur l'apophyse épineuse de la première vertèbre dorsale détermina : « une augmentation d'intensité de la douleur hémicrânienne (à gauche), et en même temps une diminution progressive de la pâleur de la face qui reprit au bout de 5 à 6 minutes sa coloration normale à l'exception de l'œil dont le gonflement persista et dont la conjonctive resta fortement injectée. » Dix minutes après, la face était redevenue pâle. L'auteur en conclut que le siége de la migraine doit être placé dans la moelle et en particulier dans la région cilio-spinale.

La localisation dans la moelle des névralgies (au moins pour certaines d'entre elles), conduit à appliquer des révulsifs (vésicatoires, teinture d'iode, etc.), dans la région spinale et, en effet, dans plusieurs cas de ce genre, M. Armaingaud a pu triompher par ce moyen de névralgies rebelles. Aussi attache-t-il à la recherche des points apophysaires une grande importance.

Sous le nom d'*irritation spinale*, les auteurs anglais et avec eux Ollivier et Axenfeld ont décrit une maladie caractérisée par une douleur vive que détermine la pression sur les apophyses épineuses, accompagnées d'irradiations douloureuses, souvent de véritables névralgies, de congestions locales et de divers phénomènes vaso-moteurs, maladie guérissant presque constamment par un traitement local appliqué sur la colonne vertébrale.

Cette affection, encore assez mal définie, a même été niée par un bon nombre d'observateurs et l'on a rapporté soit à l'hystérie, soit à la névralgie intercostale (Vallin), les phénomènes qui la caractérisent.

M. Armaingaud discute ces opinions, mais sans apporter en faveur de l'irritation spinale aucune preuve nouvelle autre que des vues théoriques et s'appuyant sur l'existence du point apophysaire dans les névralgies, il conclut ainsi : « Il devient donc difficile de ne pas admettre que la névralgie avec point apophysaire et l'irritation spinale ne sont que des degrés différents d'un même état morbide. On aperçoit alors, entre la névralgie localisée dans une seule branche nerveuse et l'irritation spinale avec névralgies multiples une série d'échelons qui conduisent de l'une à l'autre et servent de transition.... »

Ces échelons sont constitués par les *périodes vaso-motrices* parmi lesquelles M. Armaingaud étudie plus particulièrement la *fièvre intermittente* dont il place le siége dans la moelle et le *goître exophthalmique.* — Comme corollaire, il conseille dans le traitement de ces maladies les applications locales (saignées, vésicatoires, etc.), sur la région de la moelle.

Plusieurs des vues émises par M. Armaingaud auraient besoin d'être confirmées par des observations précises ; mais, en attendant, ce qu'il faut retenir de son travail, c'est qu'il existe deux classes de névralgies, les unes siégeant à la périphérie et les autres ayant leur siége dans la moelle. C'est par l'absence ou la constatation du point douloureux apophysaire que l'on fera le diagnostic et que sera posée ensuite l'indication thérapeutique. Les observateurs auront maintenant à rechercher la valeur de cette distinction, et, si elle est démontrée, la fréquence de chaque variété.

A. Sevestre.

Chronique des hôpitaux

Hôpital de la Charité, service de M. le professeur Gosselin. — Cliniques les mardis, jeudis, samedis. — Salle des femmes : n° 3, carcinome ulcéreux du sein droit, œdème du membre supérieur, fracture et ostéosarcome du fémur droit ; — 16, ankylose de l'épaule consécutive à une arthrite suppurée ; — 19, épithélio-sarcome repoussant dans le reste d'une grosse loupe épithélio-sébacée opérée en 1872 ; —21, métrite catarrhale et hémorrhagique sans pelvi-péritonite avec douleur très-vive au moindre ballottement, vaginite et catarrhe utérin, érosion du col. — Salle des hommes : n° 4, anthrax de la paroi abdominale avec un retrécissement cicatriciel de la

portion spongieuse de l'urèthre et des phénomènes gastralgiques en rapport avec la diminution de la sécrétion urinaire; 6, calcul vésical constaté par le toucher rectal; 34, plaie de l'avant-hras avec un peu de phlegmon diffus; 13-41, hydarthroses; 15-50, abcès de la marge de l'anus.

Service de M. le docteur Bernutz. — Examen au spéculum pour les malades du service et du dehors tous les samedis. — Salle des femmes: n° 19, suite de couches, accouchée il y a 6 ans, pelvi-péritonite chronique, accidents aigus depuis six semaines, tumeur dure dans le cul-de-sac latéral gauche séparée par un sillon dn col de l'utérus; 23, phlegmon du ligament large gauche ayant gagné la fosse iliaque. Induration; 24, suppression des règles depuis le mois de février 1871, chez une jeune fille de 17 ans. Depuis, vomissements incoërcibles rebelles à tout traitement. Espoir de réussite par l'électricité actuellement employée.

Hôpital Beaujon, service de M. Lefort. — Hommes : 17, paralysie et atrophie dn bras gauche; 22, tremblement hémiplégique ; 23, fracture comminutive avec plaie de l'articulation du coude. — Femmes : 2, gomme du sternum; 7, périostite phlegmoneuse et nécrose de la clavicule, résection complète; 13, abcès multiples de la jamhe, suite d'érysipèle.

Service de M. Dujardin-Beaumetz. Salle Beaujon : 9, rétrécissement aortique; 8, rétrécissement mitral; 11, rhumatisme articulaire vertébral. — Salle Monique : 13, chorée, insuffisance mitrale, manie; 3, névralgie faciale; 10, esthiomene inguinal. — Service de M. Lecorché. — Salle Saint-Jean : 1, pneumothorax; 2, tuberculose péritonéale; 7, anasarque sans albuminurie, ni affection cardiaque; 11, chorée intense des membres inférieurs. — Salle Sainte-Paule : 9, sclérose des cordons antéro-latéraux droits ; 10, phlegmon péri-utérin; 18, rhumatisme articulaire subaigu : double pleurésie, endocardite mitrale.

Hôpital des cliniques. Service de M. Broca. — Hommes : n° 9, tumeur dn pli de l'aine; n° 25, hernie de J.-L. Petit. — Femmes : n° 10, anévrysme de la sous-clavière (?) ; n° 24, anévrysme cirsoïde. — Leçons cliniques et opérations les lundi et vendredi, à 10 heures et demie.

Hôpital des cliniques, service d'accouchement de M. le professeur Depaul. — Cliniques les mardis, jeudis, samedis : n° 29, rétrécissement du bassin (8 cent. 1/2 sans déduction), première grossesse en 1865, céphalotripsie. — Actuellement seconde grossesse de huit mois; l'accouchement sera provoqué; 27, rétrécissement du hassin (10 centim. sans déduction). — Application du forceps après 48 heures de travail, enfant vivant, dépression considérable de la hosse froutale droite. En 1868, première grossesse, accouchement au forceps, enfant actuellement vivant, portant aussi à la naissance une dépression de la hosse frontale droite due à la saillie de l'angle sacro-vertébral; — plusieurs fausses couches dans l'intervalle des denx grossesses; 34, manie puerpérale chez une femme primipare enceinte de 6 à 7 mois.

Hôpital de la Pitié. Service de M. le professeur Verneuil. Cliniques les lundis, mercredis, vendredis. — Salle des femmes : 6, tumeur naso-pharyngienne avec tumeur secondaire des ganglions du cou; 25, tumeur cirsoïde de la région de la nuque; 27, rétrécissement du larynx, cause syphilitique. — Salle des hommes : 31, rétrécissement syphilitique du rectum syphilide de la région temporale droite, érysipèle avec ulcérations; 35, chancre phagédénique du fourreau de la verge, hubon, chancre inguinal, traitement par l'hydrate de chloral; 51, épulis sarcomateuse de la mâchoire inférieure.

Hôpital Cochin. (Service de M. Bucquoy.) *Leçons* à l'amphithéâtre le mardi et le vendredi, à 9 heures et demie. — Vendredi, 13 juiu, la conféréuce sera faite par M. Byasson, pharmacien en chef de l'hospice du Midi, qui traitera de l'*Examen des urines*.

Salle Saint-Jean (Hommes) : N° 2, cancer de l'estomac; — 3, pneumothorax; — 4, mal de Pott cervical; — 7, dilatation aortique; — 9, pachyméningite cervicale; — 11, péritonite chronique; — 18, ostéomalacie; — 19, pseudo-pellagre alcoolique; — 20, tumeur abdominale, ictère chronique; 21, hépatite chronique hypertrophique.

Salle Saint-Philippe (Femmes) : N° 2, phthisie aiguë; — 3, hématocèle retro-utérine; — 6, méningite spinale; — 8, rétrécissement syphilitique de la trachée; — 10, aphasie; — 19, diabète.

Salle Sainte-Marie (Femmes) : N° 1, ramollissement cérébral; — 5, purpura; — 7, entérite chronique; — 8, tuherculose aiguë (pulmonaire et péritonéale); — 9, péritonite chronique.

Hôpital des enfants malades. — M. le docteur Roger. *Clinique* le samedi. — M. le docteur de Saint-Germain. *Clinique* le jeudi — M. le docteur Bouchut, *Clinique* le mardi. Salle Sainte-Catherine : N° 6, rhumatisme articulaire aigu, endocardite; — N° 7, contracture partielle du bras et de la jambe du côté droit; — N° 20, fièvre typhoïde, coutracture des extrémités; — N° 26, alhuminurie.

Hôpital Lourcine. — *Maladies syphilitiques*. M. Alfred Fournier fait des leçons cliniques tous les jeudis, à 9 heures. MM. les étudiants doivent se munir d'une carte spéciale au sécrétariat de la faculté.

Asile Sainte-Anne. — *Cours cliniques et pratiques sur les maladies mentales et nerveuses*. Ce conrs est fait successivement par MM. Dagonnet, P. Lucas, Maguau et Bouchereau. — Avant chaque leçon, examen direct par les élèves. — 15 juin, M. Bouchereau: Délire consécntif aux maladies aiguës.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau*. — M. Hardy : Leçons le vendredi, à 9 heures. — M Lailler : Leçons, le samedi, à 8 heures et demie. — M. Hillairet : Leçons, le mercredi, à 9 heures et demie. — M. Guibout : Conférences, les lundis et mardis, à 8 heures et demie.

Hôpital St-Antoine. — Service de M. le Dr Duplay. — Leçons de clinique chirurgicale tous les mardis à 9 heures.

Salle Ste-Marthe (femmes) : n° 8, ankylose ancienne des deux articulations huméro-cubitales ; résection d'un côté ; n° 10, gommes multiples de la face ; n° 16, cataracte secondaire, discision.

Salle St-Barnabé (hommes) ; n° 2, arthrite hlennorrhagique du tarse ; n° 3, résection ancienne de l'épaule ; n° 5, Ostéite et carie des condyles du tibia ; n° 10, ostéites tuberculeuses : ahlation de deux doigts de la main et du gros orteil ; n° 12, luxation du coude en arrière ; nos 16 et 32, cataractes opérées récemment par le procédé de la graisse ; n° 20, iritis syphilitique ; n° 22, kérato conjonctive scrofuleuse ; n° 26, commotion de la moelle, suite de chute sur la région lomhaire ; n° 42, abcès froid et nécrose du cartilage thyroïde situé sur la ligne médiane ; n° 46, Nécrose syphilitique du tihia ; n° 50, tumeur syphilitique de la gaîne des péronniers latéraux; n° 56, hypertrophie considérable de la prostate ; néphrite concomitante

M. Peter : Leçons de clinique médicale tous les vendredis à 9 h. 1/2,

Enseignement libre

Conférences pour le 1er examen de fin d'année : 20 francs par mois. — *Manipulations et travaux chimiques* : 25 francs par mois. — On s'inscrit au laboratoire, tous les jours, de 2 à 5 heures, rue Gay-Lussac, 10 (entrée, impasse Royer-Collard, 3).

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Du 31 mai au 6 juin : 772 décès ; en moins sur la semaine précédente, 45. — Rougeole, 14 ; — fièvre typhoïde, 8 ; — érysipèle, 10 ; — bronchite aiguë, 25 ; — pneumonie, 51 ; — dyssenterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; — angine couenneuse, 6 ; — croup, 16 ; — affections puerpérales, 7 dont 6 en ville ; — autres affections aiguës, 250.

Lyon. — 328 décès du 19 mai au 1er juin : rougeole, 11 ; — fièvres continues 4 ; — érysipèle, 6 ; — hronchite aiguë, 18 ; — pneumonie, 18 ; — affections puerpérales, 16 ; — affections cérébrales, 54.

Londres. Population : 3,356,073 habitants. — Du 25 au 31 mai, 1,182 décès. Rougeole, 29 ; — scarlatine, 8 ; — fièvre typhoïde, 17 ; — érysipèle, 7 ; — hronchite, 125 ; — pneumonie, 77 ; — diarrhée, 16 ; — diphthérite, 5 ; — croup, 12 ; — coqueluche, 43.

École préparatoire de médecine de Lyon. — Ont été nommés (arrêté ministériel du 24 mai) : Professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire, M. Berne, en remplacement de M. Pétréquin, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire : — professeur adjoint de physiologie, M. Létiévant, suppléant, en remplacement de M. Chauvin, décédé ; — professeur adjoint de pharmacie, M. Crolas, suppléant de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Davallon, admis à faire valoir ses droits à la retraite, — M. Gayet, suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur suppléant des chaires de chirurgie, en remplacement de M. Berne. (*Lyon médical*.)

Il est vivement à souhaiter qu'un gouvernement libéral laisse la ville de Lyon créer une faculté de médecine, car elle possède tous les éléments nécessaires.

— Un concours pour une place de professeur suppléant de thérapeutique et de matière médicale aura lieu le 11 août. On s'inscrit jusqu'au 1er août (secrétariat de l'École préparatoire, à Lyon). Epreuves : 1° Appréciation des titres et travaux antérieurs ; 2° détermination d'un certain nombre de substances médicinales fraîches ou sèches ; 3° dissertation orale snr l'une des substances ; 4° leçon orale d'une heure, après 24 heures de préparation.

Herborisation. — M. Decaisne fera une herborisation le 15 juin dans la forêt de Saint-Germain. Rendez-vous sur la terrasse à l'arrivée du train. Départ de Paris à 9 heures 30 (gare Saint-Lazare).

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale anra lieu le 30 juin ; on s'inscrit jusqu'au 26 juin. — Un concours pour une place de chef de cliuique chirurgicale aura lieu lieu le 14 juillet ; on s'inscrit jusqu'au 10 juillet.

Faculté de médecine de Paris. — M. Strauss est nommé chef de clinique médicale en remplacement de M. Liouville, nommé chef de laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Le nouveau chef de clinique avait été nommé *par concours* chef de clinique adjoint, il serait important de savoir quelle est la durée de ses fonctions, si elles doivent finir ou non avec la durée fixée par les réglements du concours à ses fonctions de chef de clinique adjoint.

Concours. — Le concours pour trois places de médecin du Bureau central

des hôpitaux de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Rigal, Audhoui et Duguet.

CONCOURS D'AGRÉGATION POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — En vertu d'un arrêt ministériel du 26 avril, pris en exécution du statut du 19 août 1857, il sera ouvert à Paris, le 19 novembre 1873, un concours pour quatre places d'agrégés près l'Ecole supérieure de pharmacie, savoir : deux places dans la section des sciences physiques (chimie générale et toxicologie); deux places dans la section des sciences naturelles (botanique et pharmacie chimique). Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des diverses académies où ils résident, deux mois avant l'ouverture du concours. Ils produiront : 1° une copie légalisée de leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ès-sciences physiques ou naturelles, et celui de pharmacien de première classe. — A ces pièces, ils joindront l'indication de leurs services et de leurs travaux, et un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils auront publiés. Les registres d'inscription seront clos irrévocablement le 19 septembre 1873, à 4 heures de l'après-midi.

VACANCES MÉDICALES. — Clientèle à céder à une heure de Paris. — Rapport : 11,500 francs. S'adresser pour renseignements, à M. Toly, 1, rue Antoine-Dubois Paris.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE. — Siége : rue des Poitevins, 2. — Séance du 16 juin : *De l'origine, de la provenance et de l'emploi thérapeutique de l'oliban*, par L. Marchand.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur F. BRICHETEAU, ancien secrétaire de la *Société anatomique*, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, vieut de mourrir à Tours. Nous associons nos regrets à ceux des amis de M. Bricheteau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. A. Netter est nommé bibliothécaire conservateur des collections à ladite Faculté, en remplacement de M. Bouchard appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Strolh, ancien agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est réintégré dans les mêmes fonctions à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS A MM. LES ÉDITEURS. — *Tout ouvrage dont deux exemplaires seront envoyés au* PROGRÈS MÉDICAL, *sera annoncé et analysé. — Tout ouvrage dont il n'aura été déposé qu'un exemplaire, sera simplement annoncé.*

Librairie F. SAVY, rue Hautefeuille, n° 24.

DRAGENDORF. Manuel de toxicologie, traduit avec de nombreuses additions et augmenté d'un précis des autres questions de chimie légale, par M. Ritter. In-8° de 708 pages avec 47 figures dans le texte, 7 fr. 50.

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

GUYON (F). Éléments de chirurgie clinique comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés. In-8° de 672 pages avec 63 figures intercalées dans le texte, 12 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

DICTIONNAIRE encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. A. DECHAMBRE. 2e série, tome VIIe, 1re partie (mer-mét). Ce fascicule contient entre autres les articles suivants : *Mer*, par Rochas; — *Mercure*, par Gobley, Fonssagrines, Orfila, E. Beaugrand; *Maladies mercurielles*, par Rollet; — *Mésentère*, par Besnier ; — *Mesmérisme*, par Dechambre ; — *Mésologie*, par Bertillon ; — *Bruits métalliques*, par Barth et Roger ; — *Métastase*, par Blachez ; — *Météorologie*, par Renou et Chéreau ; — *Méthode*, par Hecht.

DIDAY (P.) Examen médical des miracles de Lourdes. In-24 de 150 pages.

DIEULAFOY (G.) Traité de l'aspiration des liquides morbides. Méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement kystes et abcès du foie, hernie étranglée, rétention d'urine, péricardite, pleurésie, hydarthrose, etc.) In-8° de 484 pages.

Librairie A DELAHAYE, place de l'Ecole de Médecine.

ARTHUS (A.) Traitement des maladies nerveuses et des affections rhumatismales par l'électricité statique. In-12 de 164 pages, 2 fr.

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. 1er fasicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière.* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In-8° de 64 pages avec figures.

COTTARD (Alb.) De la valeur de la thriméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire. In-8° de 88 pages, 2 fr.

DENIS (E. D.) Etudes sur la nature et le traitement de certaines formes d'iridochoroïdites. In-8° de 80 pages. 2 fr.

DEMANDRE (Abel). Des tumeurs de l'omoplate et de leur diagnostic, de leur traitement et des résections qu'elles nécessitent. In-8° de 58 pages, 2 fr.

DESMAZES (Ch.) Les aliénés; étude sur la loi du 30 juin 1838 ; le projet *Gambetta* et le drame d'Evesse. In-8° de 84 pages, 2 fr.

Librairie LOUIS LECLERC, 14, rue de l'Ecole de médecine

FRANCA Y MAZORRA. Etude sur l'emploi de l'hydrate de chloral. In-8° de 90 pages. 2 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — CERF ET FILS IMPRIMEURS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 2 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie E. DUVAL). 21 JUIN 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.................. 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 — }

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR **BÉHIER**.

Étude de quelques points de l'Urémie (Clinique.— Théories. — Expériences.)

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE, chef du laboratoire et I. STRAUS, chef de clinique adjoint (1).

Messieurs,

Vous avez pu voir dans nos salles, et nous avons étudié ensemble dans nos dernières leçons trois cas différents d'albuminurie. Rien à mon sens n'est aussi utile et aussi instructif que de réunir plusieurs exemples d'un même symptôme et d'examiner les conditions spéciales qui président à son développement et en modifient souvent la valeur et la signification. Le premier malade dont je vous ai entretenu et qui était couché au lit n° 23 de la salle Ste-Jeanne a présenté la forme bénigne, facilement curable de la maladie. Cet homme, vous vous le rappelez, s'étant refroidi à la suite d'une libation, fut pris de frisson, de malaise, d'anasarque et d'albuminurie. Au bout de 10 jours, à la suite de l'administration de bains de vapeur et de pilules de tannin, l'œdème se dissipa, l'albumine disparut des urines et le malade quitta nos salles complétement guéri. Nous avons eu affaire là à une albuminurie aiguë bénigne, transitoire, correspondant à une lésion superficielle et facilement réparable des reins, à une néphrite catarrhale simple. L'examen microscopique des urines nous a autorisé avec presque autant de certitude que si nous avions eu les pièces anatomiques sous les yeux, à affirmer que cette lésion consistait en une simple desquammation catarrhale des tubuli du rein. Cette chute de l'épithélium a permis la transsudation d'une certaine quantité de l'albumine du sérum sanguin ; en outre, un plus ou moins grand nombre de tubes, obstrués d'abord par les produits de cette prolifération cellulaire, n'ont pu sécréter l'urine qu'imparfaitement ; de là la diminution de ce liquide. Bientôt les canalicules se sont désobstrués, l'épithélium de revêtement s'est restauré, la sécrétion et la circulation urinaires se sont rétablies.

Au lit n° 9 de la salle St-Antoine, vous avez pu observer une forme analogue mais qui établit en quelque sorte une transition avec les formes les plus graves, avec la maladie de Bright véritable. La marche de l'affection était plus lente et plus traînante ; l'urine contenait non-seulement des cellules d'épithélium granuleux et des tubes également granuleux, comme dans le cas précédent, mais en outre quelques cylindres fibrineux et quelques tubes graisseux ainsi que des globules rouges du sang, indices d'une phlegmasie plus profonde et pouvant par conséquent être plus durable ; enfin les symptômes eux-mêmes étaient plus graves, la dyspnée était forte et des vomissements répétés indiquaient une menace de la complication, dont je veux surtout vous entretenir aujourd'hui, complication qui a reçu le nom d'*urémie*.

Enfin, pour franchir un degré de plus, la malade qui était couchée au lit n° 26 de la salle St-Antoine est un exemple type de néphrite parenchymateuse profonde, de maladie de Bright parvenue à son terme et qui nous offrira tous les aspects variés que peut offrir cette redoutable affection. Vous vous rappelez sans doute les symptômes si caractéristiques offerts par cette malade; le début de son hydropisie remontait à deux ans; elle s'était manifestée à la suite d'une atteinte de scarlatine ; l'œdème considérable et généralisé, avait envahi les deux poumons ; la vue était troublée et obtuse, les urines rares, chargées d'albumine, pauvres en urée et en sels ; elles contenaient des tubes hyalins et des cylindres graisseux. La malade vomissait incessamment et les matières rendues, analysées à diverses reprises par M. Ernest Hardy, contenaient une forte proportion d'urée. La température a toujours été basse, au-dessous de la normale (35°, 36°, 37° au plus). Cette température contrastait avec la grande accélération du pouls et elle s'est maintenue abaissée malgré l'existence d'une pneumonie ultime. J'ai aussi appelé votre attention sur la tendance invincible au sommeil que présentait cette malade, somnolence interrompue quelquefois par des accès d'agitation et de vive céphalalgie. La malade a fini par succomber dans le coma après avoir passé par toutes les phases de l'empoisonnement urémique. Vous vous rappelez les lésions profondes et complexes que l'examen microscopique des reins de cette malade nous a révélées. Les tubes urinifères étaient remplis de moules hyalins et de cellules de revêtement en voie de régression graisseuse. Les glomérules de Malpighi, graisseux aussi et tellemen

(1) Ces leçons ont été faites le 12 et le 14 mars 1873 à l'Hôtel-Dieu.

ratatinés que leur volume était considérablement diminué. Le tissu connectif interstitiel était hyperplasié et envahi par une sclérose véritable. De plus, l'atrophie et l'altération régressive des éléments sécréteurs, tubes et glomérules étaient évidentes et déterminées à la fois et par un travail propre, parenchymateux et par la compression qu'exerçait la sclérose interstitielle. Mais nous avons surtout appelé votre attention sur une troisième lésion que nous avons constatée avec M. H. Liouville et qui est encore venue aider à la conversion stéateuse si visible sur le rein de cette femme ; je veux parler d'une modification pariétale des vaisseaux poussée quelquefois très-loin et que vous constaterez comme nous, d'une façon irrécusable sur les préparations qui vous seront expliquées au laboratoire. Cette altération frappe surtout les artérioles : leur volume est conservé, mais la lumière est effacée et ne permet plus l'abord du sang ; bref, ces vaisseaux présentent ainsi une véritable ENDARTÉRITE OBLITÉRANTE, fait anatomique curieux et que Johnson a signalé aussi mais sur lequel on n'insiste pas assez, selon moi, dans l'histoire de la lésion brightique. Il ne me paraît pas douteux que cette altération vasculaire et l'ischémie qu'elle entraîne à sa suite n'entrent, pour une part considérable, dans la production de la stéatose qui est le fait anatomique dominant dans cette forme de la maladie.

Mon intention, aujourd'hui, n'est pas d'insister uniquement sur ces particularités anatomiques, quelqu'intéressantes qu'elles soient ; j'ai tenu cependant à vous les rappeler car elles nous serviront à l'interprétation de certains symptômes graves, qui ont pu être relevés chez cette dernière malade et que l'on désigne en clinique sous le nom d'*accidents urémiques*.

Deux conditions fondamentales peuvent donner naissance à cet empoisonnement particulier que faute d'un mot plus précis l'on appelle urémie : 1° l'absence de sécrétion par cessation des fonctions spéciales du rein ; 2° l'absence d'excrétion de l'urine déjà formée par obstacle à son cours. On a voulu, comme nous le verrons tout à l'heure, établir des différences symptomatiques et cliniques entre ces deux groupes de faits et les distinguer non-seulement quant à la cause, mais aussi quant à la forme des accidents, dont les uns rentreraient proprement dans l'*urémie*, les autres dans ce qu'on a appellé l'*urinémie*. Plus tard nous verrons ce qu'il faut penser à ce sujet.

On range habituellement le rein parmi les glandes et l'on parle de *sécrétion rénale* ; il importe, messieurs, de bien s'entendre à cet égard, et de bien apprécier la fonction physiologique du rein. Or, tout semble montrer qu'il ne constitue pas, à proprement parler, une glande. Par ce mot on désigne un organe puisant dans le sang certains éléments, les modifiant, les élaborant d'une façon spéciale et donnant ainsi naissance à un produit nouveau, qui ne préexistait pas dans le liquide sanguin et qui est doué d'activités particulières ; c'est là ce qui constitue la *sécrétion*. Ainsi, la bile n'est pas préformée dans le sang : elle résulte de l'activité spéciale de certaines cellules du parenchyme hépatique qui seules peuvent donner naissance à ce produit, et seules peuvent sécréter de la bile. Que l'on enlève le foie chez un animal, on pourra constater l'accumulation dans le sang de matériaux de toutes sortes, mais jamais on n'a pu y retrouver la présence de l'élément caractéristique de la bile, des acides biliaires.

L'urée, au contraire, préexiste dans le sang ; elle ne se forme pas dans les reins, mais bien partout où se passent des combustions organiques, c'est-à-dire dans la profondeur de tous les tissus. Le rein ne la forme point, ne la *secrète* point, dans l'acception rigoureuse et physiologique du mot ; il la sépare du sang, non pas en vertu d'une élaboration spéciale, mais par une sorte de travail de *filtration*.

Tout trouble apporté au fonctionnement rénal a donc pour résultat, non pas la suppression d'une sécrétion mais celle d'une élimination émonctoire et la rétention dans le sang de principes destinés à être rejetés de l'économie. C'est cette rétention, cette accumulation par laquelle le sang est vicié, qui est le fait essentiel et le fond même de ce qu'on a appelé l'urémie. Toute circonstance qui amène la diminution ou la suppression de l'activité rénale, aboutit fatalement à cette rétention des matériaux dont l'élimination est si nécessaire à l'intégrité de l'économie. Comme le fait très-bien observer Brücke, l'étendue de la lésion rénale est souvent à ce point de vue plus importante que sa profondeur. L'altération anatomique a beau être très-superficielle, facilement réparable, si en même temps elle est très-étendue, si elle intéresse une notable partie des tubes de l'un et l'autre rein, la filtration de l'urine sera incomplète, l'émonction insuffisante, et les phénomènes graves que nous étudions ici éclateront. Inversement une partie considérable ou la totalité même d'un rein peuvent être le siége de lésions profondes et irréparables, pourvu que la partie restée saine ou que le rein non altéré continuent à fonctionner, ces parties suppléeront au fonctionnement de celles qui sont altérées et assureront une dépuration suffisante du sang. On s'explique ainsi pourquoi certaines suppurations rénales, certains cancers d'un de ces organes peuvent être parfaitement tolérés, sans jamais provoquer d'accidents dits urémiques, qui au contraire éclateront avec violence à la suite d'une simple néphrite catarrhale alors qu'elle occupera la surface totale des deux reins.

L'urine, dans la plupart de ces cas, est diminuée de quantité ; néanmoins il peut se faire que cette quantité atteigne presque le chiffre normal, qui est de 1,200 à 1,400 grammes dans les 24 heures. Mais, dans ces cas, on constate des modifications dans la composition des urines, modifications qui seules sont importantes et décisives. Au lieu de 30 à 32 grammes d'urée, les urines des 24 heures n'en contiendront que 20, 10, 7 même. Les chlorures baissent dans la même proportion et, fait qui se retrouve dans les inflammations, le chiffre de ces chlorures tombe de 11 grammes à 2 ou 1 gramme : il en est de même des phosphates. En revanche, selon Schottin et Chalvet, il y aurait une augmentation notable des matières dites extractives. Dans la grande majorité des cas, l'urine contient de l'albumine, dans la proportion de 5 à 25 grammes (Frerichs).

La densité de cette urine est diminuée ; de 1,025 qui est le chiffre normal, elle tombe à 1,015, à 1,008. Cette donnée densimétrique, si commode à obtenir au lit du malade, est sans doute, j'insiste sur ce point, d'une grande utilité clinique ; seulement il ne faut pas s'en tenir exclusivement à cette constatation pure et simple, mais toujours recourir à une analyse chimique rigoureuse, qui seule fournit une donnée scientifique.

L'acidité des urines est généralement affaiblie, excepté au début de la maladie. Notons aussi que si la présence de l'albumine dans l'urémie, est un fait habituel, ce n'est pas un fait constant et qu'elle peut faire défaut. Je ne vous redirai pas ici comment la présence de l'albumine peut être constatée. Je vous ai déjà enseigné les divers procédés en usage et M. E. Hardy, au laboratoire, vous a savamment exposé ce côté chimique et expérimental de la question.

Etudions maintenant les phénomènes qui caractérisent l'épuration incomplète du sang par arrêt des fonctions rénales.

Sans chercher en ce moment à interpréter les faits, et abstraction faite de toute opinion sur ce qui se passe alors, nous allons avant tout étudier la marche et les caractères des symptômes qui résultent de cette absence d'épuration du sang. La forme en est aiguë ou chronique.

Dans la forme aiguë, les accidents surviennent le plus souvent sans prodrômes, d'une façon soudaine. Lorsque des prodrômes existent, ils consistent en une céphalalgie souvent opiniâtre, tantôt frontale, tantôt occipitale ; on a voulu faire de cette dernière variété de céphalalgie l'avant-coureur spécial des accidents à forme convulsive ; c'est là une opinion que rien ne justifie, et la céphalalgie frontale tout aussi bien que la céphalalgie occipitale peut être suivie d'accidents à forme convulsive. On constate en

même temps de l'insomnie, de l'agitation nocturne qui contraste avec l'apathie habituelle du malade, dont le corps aussi bien que l'intelligence sont somnolents et engourdis : la pensée et les mouvements sont paresseux, la mémoire lente, l'ouïe obtuse.

Quelquefois la scène s'ouvre par un phénomène brusque, la *perte subite de la vue*. Il importe de ne pas confondre cette cécité brusque avec l'amaurose qui accompagne souvent la maladie de Bright chronique. laquelle développée lentement se dissipe lentement aussi et est liée à des lésions rétiniennes faciles à reconnaitre à l'ophthalmoscope. Ici, au contraire, on ne trouve pas de lésion appréciable de la rétine; l'amaurose survient et disparaît inopinément. Vous avez vu que ce fait s'était produit chez un de nos malades couché au n° 31 dans une attaque éprouvée il y a 7 ans et dont il donne le récit le plus clair et le plus exact.

Souvent les prodrômes consistent en des *vomissements* répétés, qui ne s'expliquent par aucune lésion de l'estomac et qui sont en même temps un mode de dépuration pour l'économie. D'autres fois, au contraire, on constate la suppression brusque d'une diarrhée ou de vomissements habituels; il importe beaucoup, messieurs, de se méfier de la cessation de ces actes d'émonction supplémentaire que nous retrouverons tout à l'heure et dont nous établirons l'importance et la signification ; cet arrêt des symptômes gastro-intestinaux est, en effet, souvent l'indice de l'imminence des accidents.

D'autres fois ce sont quelques *convulsions* locales qui constituent les seuls avant-coureurs.

Les prodrômes, vous le voyez, sont assez variables.

On s'est posé une question particulière et on s'est demandé s'il existait quelque rapport entre la marche de l'hydropisie et le développement des accidents nerveux que nous examinons en ce moment. Ce serait en effet une remarque précieuse pour le diagnostic que l'existence d'un rapport bien établi entre ces deux ordres de symptômes. Quelques auteurs ont avancé que la diminution de l'anasarque était le signal du développement des accidents nerveux. Il s'en faut que cela soit bien établi. Ce qui ressort de l'étude de ce point de pathologie c'est que la marche de l'hydropisie généralisée est sans effet sur la production des accidents dits urémiques; ils sont en effet observés avec ou sans diminution de l'anasarque. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux.

Par Henri **DRANSART**, interne des hôpitaux de Paris.

Préambule. — Nous voulons présenter en commençant la substance de ce mémoire résumé en quelques propositions. Sachant ce que nous voulons prouver, le lecteur nous suivra plus facilement dans le cours de ce travail :

1° La blennorrhagie chronique produit la sclérose, la cirrhose du tissu spongieux du canal de l'urèthre.

2° La sclérose du tissu spongieux a pour résultat la disparition des vacuoles et la formation d'une vascularisation nouvelle comme cela se voit dans la cirrhose du foie et du poumon ; les vaisseaux sont peu nombreux, à calibre petit, à parois faibles jeunes.

3° Il se fait dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux des hémorrhagies dont le mécanisme est donné par la fonction de l'organe (coït et autres actes) d'une part, et la nature des vaisseaux de formation nouvelle qui nourrissent le tissu fibreux d'autre part.

4° Ces hémorrhagies sont l'origine de la grande partie des tumeurs et des abcès urineux que l'on constate dans le cours des rétrécissements. On conçoit également que ces hémorrhagies puissent être très-petites et occasionner alors simplement quelques phénomènes d'engorgement dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux de l'urèthre. Notre mémoire se trouve tout entier dans ces trois propositions. Il renferme quelques données nouvelles sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du canal de l'urèthre ; mais cependant il ne faut pas s'en exagérer l'importance, car à notre avis tous les éléments pour résoudre la question existaient dans la science et il n'y avait pour ainsi dire qu'à conclure.

Il suffit d'ouvrir Chopart et l'on verra qu'il connaissait très-bien la cirrhose du tissu spongieux de l'urèthre qu'il désigne sous le nom de dégénérescence squirrheuse, le nom seul diffère. Les auteurs modernes ont également décrit cette dégénérescence fibreuse du tissu spongieux, sans toutefois lui donner le nom qui lui convient, cirrhose ou sclérose.

M. Voillemier de son côté, a signalé l'hémorrhagie dans l'épaisseur de ce tissu nouveau, comme nous le verrons plus loin ; seulement il n'a pas cherché à s'expliquer leur mécanisme. Il l'eût trouvé certainement si son attention eût été éveillée sur la nature des nouveaux vaisseaux qui viennent remplacer dans ce tissu fibreux l'appareil vasculaire primitif (artères hélicines, etc.) Nous croyons que l'induction par analogie devrait conduire à examiner ce point. En effet, le développement de nouvelles branches des artères bronchiques et hépatiques dans la cirrhose du foie et des poumons entre aujourd'hui dans les notions les plus vulgaires d'anatomie pathologique. Cette dernière science nous a également appris que les vaisseaux de nouvelle formation sont toujours à parois faibles. Ces notions étant connues et appliquées à l'urèthre dont on connaît les fonctions spéciales, l'hémorrhagie ne devait-elle pas en être déduite comme une conséquence fatale, qui de plus devait se répéter souvent ? C'est ce que nous avons fait.

Nous commençons par le récit de l'observation qui est la base de notre travail ; nous l'avons recueillie dans le service de M. Desprès à l'hôpital Cochin.

Observation. — Le nommé Bellon Robert, entré le 21 juillet 1872 à l'hôpital Cochin, baraque N° 2, N° 89, âgé de 35 ans, pour rétention d'urine presque absolue. On constate un rétrécissement de l'urèthre (impossibilité de passer une bougie) et en même temps un abcès urineux au périné au niveau du bulbe.

Date du début des accidents, il y a six mois; blennorrhagie ancienne. — Le 22 juillet, incision de l'abcès.

Les jours suivants, apparition au dos de la verge au niveau du ligament suspenseur d'une petite tumeur indurée, qui semble être intimement unie au corps caverneux au point de simuler une pénitis.

30 juillet. — La petite tumeur ramollie donne issue à du pus à travers la peau perforée ; il ne sort pas d'urine par l'ouverture de ce petit abcès.

31 juillet. — Cathétérisme avec bougie fine en baleine. La bougie franchit un premier rétrécissement et est arrêtée par un second à la partie antérieure de la partie membraneuse. Frisson dans la journée et fièvre. L'urine ne coule que goutte à goutte par l'ouverture de l'abcès urineux.

1er août. — M. Desprès fait l'uréthrotomie externe sans conducteur. L'opération fut rapidement conduite à terme et avec un rare bonheur. Une sonde de femme fut introduite par le canal de l'urèthre dans la vessie et laissée à demeure. Comme particularité on constata une douleur très-vive au toucher rectal ce qui inspira des craintes au sujet de la prostate. Un lavement émollient fut prescrit.

2 août. — On fit une injection d'eau tiède dans la vessie. Pas de fièvre.

3 août. — M. Desprès ouvre l'abcès de la prostate avec son ongle en introduisant le doigt dans le rectum. Mort le soir.

Autopsie. — Péritonite généralisée ; liquide jaune citrin ; adhérences des anses intestinales, fausses membranes. Dans le cul de sac péritonéal recto-vesical, on constate une ouverture ronde large de deux millimètres par laquelle on fait sourdre du pus venant de la prostate. L'examen du rectum ne laisse apercevoir, chose étrange, aucune ouverture communiquant avec l'abcès

La *prostate* n'existe plus, il n'y a plus qu'une vaste poche purulente. Hypertrophie considérable de la vessie qui est un véritable utérus, muqueuse injectée, plaques rouges et noires.

Etat de l'urèthre. — Le tissu de l'urèthre est détruit au niveau de la prostate et du périnée. On ouvre le canal de l'urèthre par une incision faite sur la paroi supérieure d'arrière en avant. Ce canal est manifestement re-

tréci dans les trois quarts postérieurs de la portion spongieuse, le quart antérieur semble avoir conservé un calibre presque normal.

La *muqueuse uréthrale* est partout d'une très-grande pâleur se détachant très-difficilement des parties profondes surtout en arrière; et présentant ça et là quelques plis transversaux plus ou moins obliques.

On fait une seconde coupe de toute l'épaisseur des parois du canal; cette coupe dirigée d'arrière en avant met en évidence l'état du tissu spongieux dans toute son étendue : en avant au niveau du gland et un peu en arrière de cette partie, le tissu spongieux a conservé son épaisseur et son aspect normal; les vacuoles sont grandes, elles contiennent un sang rose qui peut y circuler facilement (de A à B.)

Dans toute la partie du canal située en arrière, le tissu spongieux au complètement disparu (de B à D) et est remplacé par un tissu nouveau. Ce tissu sous muqueux nouveau se présente sous deux aspects différents en avant de B à C, et en arrière de C à D.

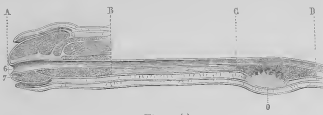


Fig. 1. (1).

En avant c'est une couche blanchâtre, peu épaisse, dure, résistante, criant sous le scalpel présentant tous les attributs du tissu fibreux. La texture de son tissu est partout uniforme ; des coupes transversales laissent voir l'orifice de quelques artérioles très-rares qui traversent ce tissu dans toute son étendue. L'orifice de ces artérioles est très-petit et ne mesure guère plus qu'un cinquième de millimètre de diamètre.

En arrière de C à D on trouve une couche sous-muqueuse d'un aspect tout différent. Elle frappe tout d'abord par sa coloration noirâtre qui tranche tout à fait avec la coloration blanc nacré de la partie que nous venons de décrire. Cette coloration ressemble tout à fait à celle des foyers apoplectiques assez anciens du poumon lorsque l'hémorrhagie a été interstitielle. A ce niveau la couche sous-muqueuse a considérablement augmenté d'épaisseur. Elle forme saillie tumeur comme la figure ci-jointe le représente de C à D. Le tissu qui forme cette saillie a toutes les mêmes qualités physiques, à part la coloration, que celui que nous venons de décrire de B à C. Seulement à la périphérie. dans une zone étendue de K à L et indiquée sur la figure par une teinte plus foncée, ce tissu qui forme la saillie est complètement modifié. Il offre une teinte grisâtre, sa consistance est très-faible, la paroi qui forme sa limite externe est irrégulière, anfractueuse et baignée par du pus. Son aspect est tout à fait comparable au tissu qui forme les parois de certaines cavernes en travail d'agrandissement. Au niveau de cette couche, la tunique qui forme la gaîne de la couche sous-muqueuse autrefois, corps spongieux a complètement disparue. Entre cette couche mortifiée d'une part. la peau et le fascia penis d'autre part, existe une cavité remplie de pus. Cette cavité offrait à droite un petit prolongement qui contournant les corps caverneux obliquement de bas en haut et d'avant en arrière venait communiquer avec l'abcès que nous avons signalé sur le dos du corps caverneux droit au niveau du ligament suspenseur.

Les *corps caverneux* sont tout à fait sains. La tumeur qui s'était développée à la racine de la verge et qui semblait être intimement unie au corps caverneux droit, était complètement indépendante de cet organe, le pus qui la formait siégeait entre le fascia penis et la gaîne du corps caverneux.

En résumé, dans cette observation considérée au point de vue du sujet que nous voulons traiter, nous avons à relever les données suivantes :

1° Un *abcès* siégeant au périnée incisé le 22 juillet et donnant consécutivement à l'incision passage à l'urine (*abcès urineux*).

2° Nodosité assez volumineuse siégeant à la partie postérieure de la région spongieuse de l'urèthre commençant à s'abcéder sans qu'on se soit aperçu de ce travail sur le vivant. (*Tumeur urinaire*).

3° Etat spécial du tissu spongieux de l'urèthre.

A. Etat normal au niveau du gland et un peu en arrière de cette partie.

B. Altération complète dans toute la portion du canal de l'urèthre qui vient après. Le tissu spongieux y est remplacé par un tissu nouveau plein, dur, résistant, criant sous le scalpel (tissu fibreux). En avant ce tissu est blanchâtre, nacré, peu épais. En arrière, ce tissu a changé de coloration et d'épaisseur : il est noirâtre et forme saillie. Ses mailles ont été le siége d'une infiltration sanguine et nous avons comparé son aspect à celui que donne le poumon et d'autres tissus au niveau des foyers apoplectiques non-récents par hémorrhagie interstitielle.

Nous avons aussi fait remarquer la faible vascularisation de ce tissu ; artérioles peu nombreuses et à calibre faible. C'est ce que des coupes successives dans la portion antérieure, blanche de ce tissu, nous ont permis de constater. Dans la portion postérieure noirâtre, cette pénurie de vascularisation allait jusqu'à l'insuffisance et se traduisait par le symptôme caractéristique, mortification, gangrène.

Enfin avec ce travail de mortification, de gangrène, existait comme corollaire un travail de suppuration et l'abcès urineux allait remplacer la tumeur urineuse si la mort n'avait mis obstacle à la perfection de ce travail. Voilà ce que nous avons vu.

Disons-le de suite : si nous connaissions la transformation du tissu spongieux en tissu fibreux consécutive aux retrécissements blennorrhagiques (pour cela il suffit d'ouvrir l'excellent livre de M. Voillemier), nous n'avions jamais vu nulle part la description des lésions que nous constations au niveau de la tumeur dite urinaire. Aussi est-ce avec le plus grand soin que nous avons pris note de ce que nous avions la chance de rencontrer. (1)

(*A suivre*)

(1) Fig. 1. Coupe antéro postérieure du canal de l'urèthre, intéressant surtout la paroi inférieure dont la coupe seule est ici représentée. — La paroi supérieure n'est ici figurée qu'incomplètement au niveau du gland et un peu en arrière.

(1 et 2) Muqueuse uréthrale (coupe de).
(3) Gaîne du corps spongieux de l'urèthre.
(4) Fascia penis.
(5) Peau.
(6) Paroi interne du canal de l'urèthre.
(7) Corps spongieux de l'urèthre divisé en 3 parties :
1re partie de A à B. Tissu spongieux normal ;
2e partie de B à C. Tissu fibreux remplaçant le tissu spongieux ;
3e partie de C à D. Le tissu fibreux remplaçant le tissu spongieux normal est le siége d'une hémorrhagie interstitielle, la partie péripherique du foyer hémorrhagiques représentée par une coloration plus foncée, est anfractueuse et ramollie (gangrène), elle limite une cavité contenant du pus dont la paroi est formée, d'autre part, par le fascia penis. La gaîne du tissu spongieux est détruite à ce niveau.

PHYSIOLOGIE

Influence de l'aspiration thoracique et des mouvements respiratoires sur la circulation

Par **ROSAPELLY.**

§ I. Coïncidence de certains phénomènes circulatoires avec les mouvements de la respiration.

Découverte de Barry. — L'influence des mouvements respiratoires sur la circulation, n'a véritablement pris place dans le domaine scientifique que depuis la publication du mémoire de Barry (*Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines.* Paris 1825.)

Longtemps avant lui, Valsalva et Morgagni avaient remarqué que la veine jugulaire, mise à nu sur le chien vivant, s'affaisse à chaque inspiration.

Haller, se fondant sur cette observation et sur ses propres expériences, enseignait que pendant l'inspiration toutes les veines deviennent pâles, s'applatissent et se vident du sang qu'elles contenaient; que pendant l'expiration, elles se gonflent, deviennent bleues, cylindriques, et que plus les deux temps de la respiration sont marqués, plus ces phénomènes deviennent apparents.

Enfin Magendie avait montré que l'influence respiratoire se fait sentir dans la circulation veineuse en rendant le *vis a tergo* plus ou moins énergique : En liant les jugulaires d'un chien et en pratiquant au-dessus de la ligature une ouverture dans l'une de ces veines qui sont alors gonflées par le sang, il avait vu le jet fourni par la veine triplé ou quadruplé de longueur dans les grands efforts d'expiration.

Tous ces faits montraient bien que les mouvements respi-

1) Cette partie du travail de M. Dransart a paru dans le n° 23 du *Mouvement Médical*.

ratoires avaient une influence sur les phénomènes de la circulation; on trouve même exprimée dans plusieurs auteurs l'hypothèse d'un appel du sang veineux par la dilatation de la poitrine au moment de l'inspiration; mais à l'exemple de Haller, on pensait que cette action devait être négligée, et ne pas être rangée parmi les causes qui favorisent le cours du sang dans la veine.

Barry en démontrant à la fois dans l'aspiration thoracique un agent réel de la circulation veineuse, et une force indépendante du ventricule, introduisit donc dans la science sinon une notion tout à fait nouvelle, du moins la connaissance exacte d'un fait qui, confirmé par l'expérimentation, allait bientôt devenir la base de toute une nouvelle série de recherches.

Parmi les auteurs de ces travaux nous devons citer Barry (1), Bérard (2), Poiseuille (3), Magendie (4), Ludwig (5), Donders (6), Weber (7), Chauveau et Marey (8).

Nous allons, en nous appuyant sur ces travaux, étudier le phénomène de l'aspiration thoracique et établir les conditions générales sur lesquelles il repose.

Nous discuterons ensuite les applications qu'on en a faites aux variations de la pression sanguine intra-thoracique et au mécanisme de la circulation.

§ II. Démonstration de l'aspiration thoracique.

La première et la plus connue des expériences de Barry consiste à introduire dans la veine jugulaire du cheval un tube de verre dont une des extrémités est poussée jusque dans la veine cave, tandis que l'autre extrémité recourbée, plonge dans un liquide coloré.

Dans cette expérience, qu'il a faite un grand nombre de fois sur le cheval et sur le chien, Barry a toujours vu le liquide coloré s'élever dans le tube et couler rapidement vers le cœur pendant l'inspiration, s'arrêter ou refluer un peu vers le vase extérieur pendant l'expiration.

Jamais, d'ailleurs, le reflux du liquide pendant l'expiration ne compensait l'appel qui lui avait été imprimé pendant la période inspiratoire, si bien qu'en peu de temps, ce liquide se trouvait entièrement vidé dans la poitrine. En répétant la même expérience pour la cavité pleurale et pour le péricarde, Parry constata également l'aspiration du liquide dans ces deux cavités.

De ces faits il tira ces conclusions : « Les cavités des grandes veines thoraciques et toutes les cavités thoraciques aspirent les liquides mis en communication avec elles. »

Le soin avec lequel Barry a exposé le détail de ses expériences permet de s'assurer de l'exactitude de son interprétation, son appareil se composait de quatre parties :

1° Une sonde introduite toute entière dans la veine;

2° Un tube de verre communiquant avec la sonde et roulé en spirale de manière à suivre plus longtemps le trajet du liquide;

3° Un tube de verre droit faisant suite au précédent et recourbé de manière à prendre la direction verticale;

4° Un vase contenant le liquide coloré et dans lequel venait plonger l'extrémité de ce tube vertical.

La portion verticale du tube de verre mesurait 11 centimètres de longueur; ce détail a une grande importance car il ajoutait une colonne d'eau de 11 centimètres qui s'opposait à l'introduction du liquide dans la poitrine et tendait au contraire en faisant l'office du siphon à vider au dehors le sang contenu dans la veine cave. Malgré cet obstacle, l'appel du liquide s'exerçait d'une manière constante pendant l'inspiration, et c'est là une preuve convaincante de la réalité de l'aspiration thoracique.

(1) Barry. — *Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines.* Paris, 1825. — *Dissertation sur le passage du sang à travers le cœur.* Thèse. Paris, 1827.

(2) Bérard. — *Cours de physiologie,* t. IV, et *Mémoire* dans *les Arch. génér. de médec.*, 1835.

(3) Poiseuille. — *Journal hebd.*, 1831.

(4) Magendie. — *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, 1837.

(5) Ludwig. — *Différence des mouvements respiratoires sur le cours du sang dans l'aorte, Muller's Arch.*, 1847.

(6) Donders. — *Contrib. à la physiol. de la resp. et de la circ.* In. *Zeitschrifft fur rat Med.*, 1853 et 1856.

(7) Veber. — *Arrêt volont. de la circul.* dans *Beriht ueber die Verhandlungen.* Leipzig, 1850 et dans *Arch gén. de méd.* 1853.

(8) Marey. — *Physiol. médicale de la circul.* Paris, 1863.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des rapports entre le sommeil et la nutrition des centres nerveux.

Sous ce titre, il y a dans la thèse de M. Langlet (1), un chapitre intéressant au point de vue clinique et nous devons le signaler à l'attention de nos lecteurs. Après avoir fait remarquer, avec le plus grand nombre des auteurs, que la période du sommeil est la période de réparation de toute l'économie, et, en particulier du système nerveux, M. Langlet étudie l'importance, dans la période de convalescence des maladies graves, d'une circulation cérébrale abondante produisant un sommeil normal, qui permet aux échanges nutritifs de se faire avec facilité, « je veux, dit-il, essayer de démontrer d'après des observations prises pendant la convalescence de la fièvre typhoïde (l'une des maladies qui s'accompagnent d'une dénutrition considérable), que le sommeil a une grande importance pour diminuer la fréquence et le danger de certains symptômes dus, selon moi, à une altération du système nerveux, je veux parler de l'intermittence du pouls. »

Cette intermittence du pouls pendant les convalescences des maladies graves avait été signalée par de nombreux auteurs, mais jusqu'ici personne n'avait fait ressortir le rapport entre ce symptôme et le sommeil. Or, dans des observations bien suivies (avec tracés sphygmographiques, indication de la température, de la respiration) M. Langlet nous montre que les troubles de l'innervation cardiaque sont manifestement influencés par la veille et par le sommeil; augmentant lorsque la veille est longue, fatigante; diminuant de fréquence et d'intensités lorsque le sommeil est calme et prolongé.

La mort subite, pendant la convalescence, n'est pas rare; d'après l'analyse des faits publiés et d'après des faits personnels à l'auteur elle serait souvent due à une syncope, conséquence ultime des intermittences cardiaques, Il est inutile d'insister sur l'importance d'une telle considération: quand un convalescent, une personne profondément anémique, aura un pouls intermittent, il faudra redouter une syncope, par conséquent éviter les mouvements rapides, les changements de position (qui peuvent aussi augmenter l'anémie cérébrale, devenant à son tour cause efficiente) et rechercher le sommeil qui amènera la régularisation de l'innervation cardiaque. Il est à désirer, pour la thérapeutique, que ces études soient continuées.

Société de tempérance.

Plusieurs médecins et des économistes se sont mis à la tête d'une société de tempérance et dimanche dernier on a distribué des récompenses pour différentes brochures, ayant pour but de faire ressortir les dangers de l'alcoolisme: Mais il ne s'agit point de déclamations et autres moyens

(1) *Etude critique sur quelques points de la physiologie du sommeil.*

oratoires, il faut des institutions qui relèvent l'homme, il faut propager l'instruction, créer des bibliothèques.

. M. Baillarger, ancien médecin de la Salpétrière, propose d'établir, dans les campagnes, des sociétés coopératives de consommation, qui pourraient fournir aux ouvriers, du vin, du sucre et autres denrées, avec une économie de 30 à 40 pour cent; il voudrait surtout qu'on essayât de remplacer l'eau-de-vie par le café. Ces sociétés paraissent pouvoir être établies facilement dans les campagnes; quelle contrée commencera ?

Généralement quand on parle de l'alcoolisme, on semble n'avoir en vue que la classe ouvrière, mais M. Lasègue a émis dans ses leçons à la Faculté, des idées opposées et pleines d'originalité. Avec pièces à l'appui il a montré que l'alcoolisme chronique était surtout fréquent dans la classe des petits commerçants, des boutiquiers, chez ceux qu'on appelle les « petits bourgeois, » c'est ce qu'il a nommé l'*alcoolisme rangé*, qui *rentre seul* au logis; quant à l'ivrogne proprement dit, celui qui bat les murs, celui-là cuve son vin, tout est dit; l'autre va dans les asiles d'aliénés. Cette énumération n'est pas complète et bon nombre de « fils de familles » se livrent chaque jour à des excès.

Il était de notre devoir, au point de vue de l'hygiène générale, de signaler ces entatives généreuses, et particulièrement la proposition de M. Baillarger. Le nombre de crimes commis par les alcooliques devrait seul nous encourager à arrêter ce vice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1)

Séance du 14 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. BOUCHARD revient sur la communication qu'il a faite dans la précédente séance. (Voir *Prog.. méd.* 14 juin, page 6.) Il ne voudrait pas affirmer que son malade a succombé aux accidents dus à l'intoxication mercurielle il était saturnin; l'autopsie dévoila de profondes altérations des reins bien qu'il n'y eut pas eu d'albuminurie. Les altérations consistaient en concrétions dures, résistantes, rappelant les sels calcaires et siégeant au niveau des glomérules de Malpighi; leur composition chimique n'a pu être déterminée. — Le mercure et le plomb ont été recherchés dans les divers viscères; on a trouvé des traces de ces deux métaux dans le cerveau et dans les reins.

Comment se sont produits les accidents éclamptiques? Sont-ils déterminés par l'anurie? L'urée, l'acide urique n'ont-ils pas été séparés du sang? Mais les reins paraissaient perméables, les matières extractives ont été excrétées avec une abondance relativement très-grande. On peut se demander plutôt s'il n'y avait pas absence dans le sang de l'urée, de l'acide urique, des sels qui faisaient défaut dans l'urine, en un mot s'il n'y a pas lieu de croire là à un arrêt dans la dénutrition. Ce qu'il y a de bien certain c'est que l'acide urique a été cherché dans la sérosité d'un vésicatoire et qu'il n'a pas été trouvé.

M. RABUTEAU insiste sur la diminution simultanée de l'urée et de l'acide urique. Dans plusieurs expériences il a toujours remarqué que la diminution dans la quantité d'urée s'accompagnait d'une diminution dans la quantité d'acide urique. Ce fait, d'après lui, semblerait démontrer qu'on a eu tort de considérer l'urée comme de l'acide urique à un degré supérieur d'oxydation.

M. BOUCHARD cite un certain nombre de cas dans lesquels cette loi que voudrait poser M. Rabuteau n'a pas été vérifiée et où par exemple l'urée augmentait considérablement tandis que l'excrétion d'acide urique restait normale.

M. MURON a entrepris quelques expériences pour déterminer les causes de l'élévation de température dans le tétanos.

Et d'abord y a-t-il augmentation de température? Certaines observations produites à la Société de chirurgie sembleraient prouver qu'elle n'existe pas en certains cas. Mais en parcourant ces observations on peut remarquer que la température a été prise dans l'aisselle; et il ne faut pas oublier que dans le tétanos la transpiration est active et la sueur qui se forme dans le creux de l'aisselle peut parfaitement être invoquée pour expliquer l'abaissement de la colonne mercurielle.

Maintenant il s'agit de démontrer par quel mécanisme se produira l'élévation de la température. Dans ses expériences l'auteur a eu recours au chlorhydrate de strychnine qui, on le sait, jouit de la propriété de provoquer des convulsions semblables à celles des tétaniques — Dans toutes ces expériences la température a été prise dans les artères et toujours on a constaté une élévation de température de 1° à 2 ° 1/2.

1° L'élévation de la température est-elle due à l'excitation des centres nerveux, — car le chlorhydrate de strychnine va se fixer dans les centres nerveux — et l'on sait que certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle à cette excitation dans la production de la chaleur. Il n'en est rien, car si, chez un chien, on amène cette excitation par une injection de strychnine, tout en ayant soin de paralyser l'action musculaire par le curare, on note un léger abaissement de la température.

2° Serait-elle produite par l'asphyxie? mais ici nous nous trouvons en présence d'expériences faites par M. Cl. Bernard. Ce physiologiste a vu que dans la strangulation on observait bien une augmentation de la température mais que cette augmentation ferait place à un abaissement lorsque par le curare on empêchait les convulsions concomittantes.

M. Muron a répété ces expériences non avec le curare, mais avec le chloroforme: elles ont été toutes confirmatives. Donc en ce point encore on peut conclure que là n'est pas la cause de l'élévation de température dans le tétanos.

Il ne reste donc plus que les convulsions pour expliquer l'ascension de la colonne mercucielle — et cette conclusion était facile à prévoir depuis les travaux de Béclard et de Helmoltz.

Il y aurait une deuxième question à se poser: quels sont les agents de cette élévation de température? Est-elle due aux combustions intimes rendues plus actives par les contractions musculaires? L'expérimentateur a fait l'analyse du sang avant et après les convulsions et il n'a pas, dans ce dernier cas, constaté un accroissement dans la quantité de l'urée.

M. CHARCOT. L'expérimentateur ne veut point, sans doute, établir une similitude parfaite entre la maladie connue sous le nom de tétanos et l'empoisonnement par le strychnine? Ces deux états ne sont pas les mêmes et, dans le tétanos, Wunderlich a établi qu'il pouvait y avoir des cas où la température s'élève, des cas où elle reste à peu près stationnaire. Du reste il ne faudrait pas aller trop loin dans cette affirmation que toute convulsion s'accompagne d'élévation de température centrale. Et encore ne s'agit-il pas de convulsions toniques — car les contractions cloniques ont une bien moindre puissance. — Dans certains cas d'épilepsie, dans l'urémie, dans certaines hémorrhagies cérébrales avec pénétration du sang dans les ventricules, le thermomètre reste stationnaire ou même on voit s'abaisser la colonne mercurielle.

M. LABORDE. Certainement, il n'y a pas identité entre le tétanos et l'empoisonnement par le strychnine; mais il y a, dans ces affections deux symptômes absolument comparables, c'est la convulsion. Eh bien! il est démontré, il reste acquis que toute convulsion produit une élévation de température. Mais il faut bien remarquer que cette élévation se fait dans le muscle, qu'il faut la rechercher dans les muscles et qu'elle

(1) Plusieurs fautes d'impression se sont glissées dans notre dernier compte-rendu, en particulier pour *la* chlorophylle; en outre le commencement d'une phrase a été omis en tête de la première colonne de la page 7 : il faut lire : « La Société procède ensuite à l'élection d'un membre adjoint.

est sensible dans le muscle lorsqu'elle ne pourrait être notée encore dans le vagin ou le rectum.

M. Charcot. Il me semble utile de revenir au point de départ de cette discussion. Je crois, avec Wunderlich, et je ne connais que ses anciennes observations à ce sujet ; que certains cas de tétanos se rencontrent sans élévation très-prononcée de la température. Je me demande en outre si la contraction musculaire suffit à elle seule pour expliquer ces élévations cons d'rables qui peuvent aller jusqu'à 43°.

M. Bouchard a fait à ce sujet des expériences avec M. Charcot. Ils ont produit sur des animaux des convulsions par la strychnine, la fève de Calabar, la faradisation et ont constaté une élévation de la température dans les convulsions toniques, un état stationnaire dans les convulsions cloniques.

M. Liouville fait remarquer qu'il ne faudrait point oublier, dans ce débat, certaines substances qui, tout en produisant des convulsions, s'accompagnent d'un abaissement constant de la température, le chlorhydrate d'ammoniaque par exemple.

M. Muron répond, et M. Cl. Bernard appuie son affirmation, qu'il y a un fait incontestable, c'est que dans une contraction musculaire, quelle qu'elle soit, qu'il y ait une simple secousse ou bien que les secousses par leur multiplicité et par leur rapidité produisent l'état tétanique, la convulsion tonique, toujours il y a une élévation de la température.

M. Carville. Evidemment les cas sur lesquels nous discutons sont complexes et à côté des causes qui produisent l'élévation de la température, il en est d'autres qui peuvent contrebalancer cette élévation et l'annihiler. C'est ainsi que, il y a peu, j'ai donné à un chien deux grammes d'opium ; il est tombé dans un sommeil profond, puis j'ai vu survenir des phénomènes convulsifs or, à ce moment, un thermomètre mis dans le rectum donnait un abaissement de température très-net, incontestable. Donc, dans ce cas, l'action de l'opium contrebalançait les contractions musculaires et l'élévation de température qui, en général, les accompagne, n'était pas assez forte pour lutter contre les causes de refroidissement dues à l'opium.

M. Cornil croit qu'on devrait, en semblable matière, réserver bien des conclusions et se tenir sur une sage réserve. Des travaux récents, la thèse de M. Bourneville, indiquent toujours dans l'urémie un abaissement de la température, or il vient d'observer un fait discordant. Il s'agit d'un infirmier de la Charité, albuminurique et qui autrefois avait eu des coliques de plomb. Il était très-affaibli, très-fatigué, lorsqu'un matin, à 8 heures, il fut pris d'une attaque éclamptique avec perte de connaissance, respiration laborieuse, coma. On avait affaire à une forme dyspénique très-caractérisée de l'urémie. De temps en temps survenaient des tremblements, des convulsions toniques durant près de 2 minutes : la température fut prise et s'éleva à 39° 2|10. Le malade mourut à 11 heures ; — 3 heures après le début des accidents. L'autopsie n'a pas pu, malheureusement, être faite.

M. Charcot. Les circonstances qui se sont opposées à l'autopsie, rendent cette observation trop incomplète pour qu'elle puisse infirmer les conclusions de M. Bourneville. Sans autopsie, peut-on assurer qu'il n'y avait pas, pour expliquer l'élévation de température, une phegmasie viscérale ? Le malade était saturnin, n'était-ce pas un état encéphalopathique et non de l'urémie ? On ne peut rien affirmer.

M. Cornil. — Je reconnais que mon observation est incomplète, mais si je la produis c'est pour tenir l'attention en éveil pour qu'on ne croie pas trop tôt à un résultat absolu. Je ferai remarquer en outre que, dans ce cas, l'encéphalopathie saturnine est bien peu probable. Depuis deux ans le malade était soustrait aux émanations des préparations de plomb ; depuis deux ans il n'avait aucune espèce d'accidents saturnins (1).

P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1873. — Présidence de M. Depaul.

M. Colin appelle l'attention sur de nouvelles expériences qu'il a faites, pour démontrer que la *tuberculose* n'est pas inoculable ; la matière tuberculeuse n'est pas absorbée par le derme et les muqueuses dénudés. Quant aux prétendus faits d'inoculation de M. Villemin, M. Colin dit avoir démontré que les accidents consécutifs sont des foyers métastiques formés par la matière injectée dans le tissu cellulaire. La viande des animaux tuberculeux n'est donc point dangereuse.

Discussion sur le typhus exanthématique. Dans son discours, M. Fauvel se rallie à l'opinion que M. Bouchardat a émise depuis longtemps sur l'étiologie de cette maladie : la *famine* et l'*encombrement*. Tous les peuples y sont sujets, contrairement aux idées de M. Chauffard ; le typhus naît sur place, il n'est pas transporté, mais une fois développé, il acquiert chaque jour une gravité nouvelle. En résumé, le typhus serait causé par un principe miasmatique, qui se formerait dans les grandes réunions d'hommes mal nourris et atteints de scorbut, diarrhée, etc.

M. Leblanc donne lecture d'une étude nouvelle sur la *rage*.

Nomination : M. Hervieux a été nommé membre de l'Académie, dans la section d'Accouchements.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 *mai.* — Présidence de M. Charcot.

Cancer du mésentère ; Squirrhe atrophique, étranglement interne, par M. Seuvre, interne des hôpitaux.

Guillau..., âgé de 62 ans est arrivé le 23 avril 1873 à l'hôpital Cochin (service de M. Després) en se plaignant d'avoir de la peine à uriner depuis déjà quelque temps. L'examen des voies urinaires fut négatif, et en fait ce malade urinait à peu près bien ; mais il avait le ventre douloureux, quoique peu ballonné, G... était constipé et il vomissait depuis deux mois plusieurs fois par jour. Ses vomissements étaient jaunâtres, désagréables au goût et se produisaient subitement sans qu'il en fût averti par des nausées.

Ces symptômes firent penser à un *étranglement herniaire*, mais le malade n'avait qu'une petite *hernie gauche* parfaitement réductible et les autres anneaux herniaires étaient sains. Après avoir songé un instant à un cancer de l'estomac, on se rejeta sur l'idée d'un *étranglement interne* surtout en voyant tous les symptômes précédents s'exagérer, sauf le ballonnement qui restait très-léger ; l'absence de selles persistait au contraire franchement.

Vu ce très-léger ballonnement du ventre ; on pensa que l'obstacle au cours des matières devait être tout près du duodénum.—Tous les signes d'étranglement allant en s'aggravant, le malade succomba le 27 avril 1873.

Autopsie *le* 29 *avril.* — *L'intestin* est couvert de petites *tumeurs* grisâtres, dures, résistantes, de la grosseur d'un petit pois ; de ces petites masses arrondies partent des cordons lymphatiques qui se rendent dans les ganglions mésentériques et qui brident l'intestin. Ce sont ces cordons lymphatiques qui en fixant l'intestin à la colonne vertébrale, ont empêché le météorisme de se produire dans le cas actuel où le siége de l'étranglement interne était à la fin de l'iléon. Au niveau de la *valvule iléo-cæcale* l'intestin se trouve englobé dans une masse dure, grisâtre, qui le comprime et qui permet à peine au petit doigt de passer. — Le gros intestin était réduit à un très-petit volume.

L'aspect extérieur de ces masses indurées fit penser de suite qu'il s'agissait là d'un squirrhe atrophique de l'intestin et le microscope vint confirmer ce diagnostic.

Dans une première préparation faite par M. Pitres, interne de l'hôpital, sur les noyaux disséminés à la surface de l'intestin, on vit une quantité de cellules embryonnaires infiltrées entre les glandes de Lieberkühn et les fibres musculaires. Une seconde préparation faite sur la masse qui comprimait la fin de l'iléon montra une série de faisceaux fibreux séparés par des cellules embryonnaires peu nombreuses.

(1) Il est à regretter aussi que l'on n'ait pas, tout au moins, fait l'analyse chimique de l'*urine* et du *sang*. (B.

Eléphantiasis du capuchon du Clitoris, par M. ZIEMBICKI.

M. ZIEMBICKI présente une *tumeur*, développée aux dépens du capuchon du *clitoris*. — Tenant par un gros pédicule au capuchon, elle tombait au-devant de la vulve et descendait presque au niveau de l'anus. La longueur mesurait à l'état frais 12 centimètres, à la circonférence moyenne 5. — La tumeur était composée par des saillies, de la grosseur d'une cerise. sphériques, émanant d'un axe principal commun, par un pédicule généralement court. — La peau qui recouvrait ces végétations secondaires était blanche, à consistance élastique et sensibilité un peu obtuse.

L'opération faite avec le galvano-cautère a donné lieu à une abondante hémorrhagie, car le pédicule de la tumeur contenait des vaisseaux d'un calibre considérable, mais qui ne se ramifiaient que peu dans le polype.

Voici les résultats principaux de l'examen microscopique, fait par M. CORNIL. Le tissu qui constitue les végétations est un *tissu conjonctif*. Les papilles qui le limitent du côté de l'épiderme sont espacées et ont un volume normal. L'hyperthrophie porte donc sur le derme seul.

Les fibrilles qui constituent ce tissu conjonctif, sont très-fines et très-nombreuses. Elles interceptent des espaces où l'on voit des grandes cellules plates du tissu conjonctif, avec leur noyau ovoide volumineux. — Dans beaucoup de ces espaces agrandis, plusieurs cellules plates sont réunies entre elles par un coagulum fibrillaire. Tous les vaisseaux ont des parois embryonnaires, mais on n'a pas encore déterminé le rapport des vaisseaux lymphatiques et sanguins.

En somme, on a affaire à une tumeur constituée anatomiquement par une hyperthrophie du derme et connue en clinique sous le nom d'esthiomène, d'*éléphantiasis de la région périnéo-anale*.

En effet, chez la malade qui présentait cet éléphantiasis polypiforme du capuchon clitoridien, le processus morbide s'est étendu aux parties voisines, grandes et petites lèvres, vagin, etc. — Des noyaux hyperthrophiques se sont substitués aux éléments contractiles de l'urèthre et de l'anus, et ont déterminé des incontinences incurables.

Disons, en finissant, que les commémoratifs sont insignifiants. — La femme, d'origine française a 45 ans, et la maladie a débuté il y a 19 ans, quelque temps après une couche.

Tumeur du sein; opérations, par M. CRUVEILHIER, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Guillot Clotilde, 59 ans, cantinière, née à Joigny (Yonne), est entrée le 29 avril 1873, salle Saint Marthe, lit n° 39.

Cette malade a eu le sein toujours très-volumineux. Elle n'a pas nourri le seul enfant dont elle soit accouchée. Dès l'âge de 18 ans, elle porte, dit-elle, « des glandes » dans les deux seins qui ne l'ont jamais incommodée.

Ce n'est que depuis un mois que le sein gauche est devenu douloureux. Elle y éprouve des élancements.

Etat actuel. — Dans le *sein droit* elle présente de chaque côté du mamelon les tumeurs dures, irrégulières, grosses comme la moitié du poing et qui paraissent être des adénoïdes.

Dans le *sein gauche* la peau est tendue, de couleur brune. On y remarque trois bosselures au-dessus et au-dessous du mamelon. L'une d'elles est violacée et très-fluctuante.

Les deux tiers internes de la mamelle sont occupés par une tumeur extrêmement dure du volume d'une tête de fœtus. Mobile dans le sens vertical elle l'est beaucoup moins dans le sens transversal. On ne sent aucun ganglion dans l'aisselle. La santé générale est bonne.

2 *mai*. — M. Cruveilhier pratique l'ablation de la tumeur qu'il circonscrit par une incision elliptique. Il s'écoule un peu de sang par le mamelon. Vers le bord gauche du sternum, il y a adhérence de la tumeur au périoste par deux prolongements dont l'un se dirige en haut et en dedans. Tout le tissu morbide ne peut pas être enlevé et l'emploi d'un caustique sera nécessaire.

Dans ces prolongements et dans le reste de la tumeur existent des kystes sanguins dont quelques-uns sont ouverts pendant l'opération et laissent échapper environ la valeur d'un verre de sang coagulé.

L'*examen de la tumeur* permet de constater l'existence 1° des *kystes* déjà mentionnés et dans la peau desquels le microscope fait voir de la matière *colloïde*; 2° une *masse dure*, comme *fibreuse*, blanchâtre, formant la plus grande portion de la tumeur; 3° une *partie calcifiée* et dure comme de la pierre rappelant la forme de la tête du fémur, et enkystée dans la masse fibreuse.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. De l'Etat du foie chez les femmes en lactation, par le docteur L. DE SINETY (1). — **II. Des difficultés du Diagnostic dans quelques cas de kystes de l'ovaire**, par le docteur BILLOT. — **III. Note sur les manifestations rhumatoïdes de l'état puerpéral proprement dit et du Rhumatisme infectieux** par M. QUINQUAUD. (*Gazette médicale* 1872). — **IV. Des Procidences de membres comme complication des Présentations de l'extrémité céphalique** par le docteur L. RUBÉ (2). — **V. Les Tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique**, par TREILLE.

I. — A l'autopsie de femmes mortes dans l'état puerpéral M. Tarnier avait presque constamment trouvé de la graisse dans le tissu hépatique (3).

M. de Sinéty a repris au laboratoire du Collége de France l'étude de cette question. Il est parvenu en outre à montrer à l'aide de recherches principalement faites sur des animaux que le siége de la graisse est différent suivant qu'on étudie le foie d'animaux morts pendant la lactation ou celui d'animaux morts empoisonnés par le phosphore ou sacrifiés après avoir été engraissés.

En effet, dans ces derniers cas, les granulations et les gouttelettes graisseuses occupent principalement les cellules situées à la périphérie des lobules hépatiques: pendant la lactation au contraire, ce sont les cellules situées près de la veine centrale du lobule qui contiennent de la graisse.

M. Tarnier admettait que cet état graisseux n'était probablablement qu'un état physiologique dépendant de la grossesse. M. de Sinéty croit au contraire que la gestation est sans influence sur la quantité de graisse contenue dans le foie. Pour lui, cet état du foie ne se montre qu'au moment où le lait apparait dans les mamelles, et il cesse avec la lactation. La graisse fournie par le foie serait donc destinée à la sécrétion mammaire.

M. de Sinéty va plus loin encore: il considère comme très-probable l'hypothèse que la glycogène et la graisse peuvent se transformer l'un en l'autre; que c'est aux dépens de la glycogène et par des actions chimiques ignorées jusqu'à ce jour que le foie élabore la graisse destinée à la secrétion lactée. Il espère pouvoir, à l'aide de nouvelles expériences, donner plus tard la preuve de cette hypothèse.

II. — Une femme présentant une tumeur abdominale volumineuse qu'on croyait être un kyste de l'ovaire succomba rapidement à la Charité aux accidents d'une péritonite suraiguë. A l'autopsie, on trouva un kyste du rein gauche. Cette observation présentée à la Société anatomique a été le point de départ de la thèse de M. Billot sur *les difficultés du diagnostic dans quelques cas de Kystes de l'ovaire*. Il a recueilli plusieurs faits analogues, il a ensuite recherché s'il existait un symptôme ou un groupe de symptômes qui, réunis, pussent permettre de diagnotiquer sûrement la présence d'un kyste de l'ovaire. Le seul moyen, selon l'auteur, d'éviter les erreurs si funestes aux malades serait de pratiquer dans tous les cas de tumeur liquide de l'abdomen la ponction exploratrice avec aspiration. Ce procédé, déjà mis en pratique par Spencer Wells, devrait être universellement adopté, et la ponction exploratrice devrait être, teut au moins, le premier temps de l'ovariotomie.

Notons cependant que depuis la publication de ce travail

(1) Br. in-8° de 38 p., avec planches, chez Adrien Delahaye, 1873.
(2) Broch., 84 p. —Paris. lib. J.-B. Baillière, 1873.
(3) S. Tanier. *Société de Biologie*, 1856.

M. le professeur Simon (d'Heidelberg) a donné le résultat de ses recherches spéciales. Il croit que, en pratiquant la dilatation forcée de l'auus en introduisant le main dans le rectum et même dans l'S iliaque, il est possible d'établir aisément le diagnostic entre les kystes de l'ovaire et les tumeurs du sein.

III. — On voit quelquefois survenir chez les femmes soit pendant la grossesse, soit immédiatement après l'accouchement, soit un certain temps après la parturition et pendant l'allaitement, des inflammations articulaires. — Ces inflammations qui présentent dans certains cas des symptômes spéciaux viennent d'être étudiées par M. Quinquaud dans un fort bon mémoire publié par la *Gazette médicale*. Nous allons en résumer les principaux points.

Les articulations pendant la grossesse après l'accouchement et pendant l'allaitement peuvent être le siége d'inflammations qui sont de trois sortes : *l'arthrite purulente*, consécutive à la phlébite utérine de l'infection purulente ; — le *Rhumatisme articulaire* aigu simple ; — les *manifestations rhumatoïdes, non rhumatismales*, « c'est-à-dire présentant une certaine analogie avec celles du rhumatisme, mais qui en différent par leur nature. »

Ces manifestations rhumatoïdes sont assez peu fréquentes : six observations détaillées et personnelles forment la base du mémoire de M. Quinquaud qui distingue deux formes :

— L'une, qui a beaucoup d'analogie avec le rhumatisme articulaire aigu, débute par les petites jointures et envahit ensuite les autres articles. Cette forme pourrait être discutée : en tous cas, elle présente des caractères beaucoup moins nettement tranchés que la suivante.

La seconde forme, la plus habituelle, débute en général d'une manière insidieuse ; quelques phénomènes fébriles persistent pendant les jours qui suivent l'accouchement, puis apparaît la phlegmasie articulaire. — Plusieurs articulations peuvent être prises, le plus souvent une seule est envahie et c'est presque constamment le genou. Non-seulement le liquide s'épanche dans la cavité articulaire mais encore dans les gaines synoviales des tendons ; le tissu cellulo-adipeux périphérique s'épaissit et s'indure ; l'affection reste localisée, fixe, tenace, elle marche lentement, quelque rationnel que puisse être le traitement employé ; elle n'est presque jamais accompagnée de sueurs profuses, elle n'est presque jamais compliquée de lésions cardiaques, mais elle persiste pendant des semaines et même pendant des mois. Le plus souvent elle guérit, mais elle peut laisser après elle soit des raideurs articulaires, soit une ankylose.

Des différences très-considérables, on le voit, séparent ces manifestations rhumatoïdes du rhumatisme articulaire aigu. Eu général, elles surviennent chez des malades dans les antécédents desquelles on ne peut relever aucune affection rhumatismale. Leur tenacité, leur fixité, dans une seule articulation sont en opposition avec la mobilité, l'irrégularité et la variabilité du rhumatisme articulaire aigu. L'absence de sueurs et de complications cardiaques, la durée de la maladie vient s'ajouter aux caractères précédents. Eufin, une fois guéries, les malades ne sont pas exposées à de nouvelles manifestations; tandis que les attaques multiples et successives sont fréquemment observées chez les rhumatisants.

On pourrait donc ainsi que l'a déjà fait M. Hervieux, comparer, et à plus d'un titre, ces arthrites aux arthrites blennorrhagiques.

Signalons enfin deux monographies fort complètes : l'une qui a pour titre : *des procidences comme complications de présentations de l'extrémité céphalique*, est due à M. Rubé ; l'autre *sur les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique* est l'œuvre de M. Treille (*d'Aubusson*). Ces deux thèses par cela même qu'elles sont fort complètes et fort détaillées échappent en partie à l'analyse mais elles seront consultées avec fruit par le médecin.

Mme Lachapelle entendait par procidence la chûte intempestive d'une partie quelconque du fœtus qui ne peut constituer uue position particulière, mais qui peut compliquer la présentation d'une région plus éteudue. M. Rubé divise les procidences en : A procidences simple, lorsque un ou deux membres soit supérieurs, soit inférieurs, sont isolément prolabés, et en B procidences complexes lorsque les membres supérieurs et inférieurs accompagnent simultanément la tête enfin les procidences peuvent être compliquées de procidences du cordon et de rétrécissement du bassin.

Les causes sont longuemeut étudiées, elles peuvent : 1°. ou bien dépendre du fœtus, 2° ou bien dépendre de la mère, 3° ou bien dépendre de l'accoucheur. Les deux causes les plus importantes sont la rupture subite des membranes et le rétrécissement du bassin.

Les procidences des membres en ralentissant la marche de l'accouchement et quelquefois en empêchant qu'il s'accomplisse seul peuvent avoir une influence funeste sur le fœtus ou sur la mère.

A l'étude du diagnostic et du pronostic succède celle fort importante du traitement. — Tant que les membranes seront intactes, on devra attendre et surveiller la femme. — Si les eaux se sont écoulées, ou agira différemment suivant que l'époque de la rupture des membranes sera plus ou moins ancienne. La rupture est-elle récente, on devra réduire le membre prolabé. La rupture est-elle plus ancienne, on devra tenter la réduction : si l'on ne peut parvenir à refouler la tête, certains accoucheurs et des plus autorisés (Cazeaux, Tarnier) ont conseillé de pratiquer la version surtout lorsqu'une certaine quantité de liquide persistait dans l'utérus. M. Rubé dans ces cas préfére le forceps, dût-il même l'appliquer au détroit supérieur. Le forceps, suivant lui, donne des résultats infininiment supérieurs à la version. *A fortiori* devra-t-on appliquer les forceps dans les cas de rupture ancienne de la poche des eaux et de rétrécissement du bassin. Si avec le forceps lui-même on ne peut terminer l'accouchement, on aura, en dernière ressource, recours à la céphalotripsie.

M. Treille a étudié les tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique, c'est-à-dire au point de vue de la conception, de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité. C'est sur un nombre considérable d'observations prises dans les auteurs français et étrangers qu'il a établi les conclusious de son travail. Voilà les principales que nous croyons devoir citer.

A. — Au point de vue de la conception, on rencontre fréquemment la stérilité chez les femmes affectées de tumeurs ovariennes : il en faut chercher la cause dans les changements de position et de structure que ces tumeurs infligent à l'utérus et plus spécialement au col de cet organe.

B. — Au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité les tumeurs de l'ovaire ont une dangereuse influence ; il suffit pour le prouver de rappeler les accidents qui ont été observés ; rupture, inflammations de la tumeur, étranglement de son pédicule, avortement, déviation utérine, ruptures de l'utérus, travail assez laborieux pour nécessiter toute la série des opérations obstétricales, depuis le refoulement et la simple ponction jusqu'à l'embryotomie et l'opération césarienne,

C. — Quand la tumeur fait obstacle pendant l'accouchement, l'auteur donne les indications suivantes :

1° la refouler hors de l'excavation, s'il est possible.

2° Vider les tumeurs à contenu liquide si elles peuvent être repoussées : se bien garder d'ouvrir les tumeurs solides.

3° En face d'une tumeur solide et non réductible se conduire comme dans les cas de rétrécissement osseux et diminuer le volume de l'enfant par les moyens usités tout en ménageant la tumeur dont la blessure ou même la contusion exposent à des complications mortelles.

4° S'il est impossible de faire passer le fœtus mutilé dans l'espace du bassin laissé libre par la tumeur : pratiquer la gastrotomie.

D. — On pourra pratiquer l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de tumeur solide assez adhérente pour ne pouvoir être repoussée, et assez petite pour permettre, sans risquer d'être lésée, le passage d'un fœtus viable.

E. — Les observations d'ovariotomie pratiquées pendant la grossesse autorisent à la conseiller au début de la gestation lorsqu'un très-grave danger, provenant de la tumeur, menace les jours de la mère. P. Budin.

REVUE CHIRURGICALE

De l'Extirpation du Rein. (Suite)

Enfin le *New-Yorck Medical*, n° de novembre 1872, contient un quatrième cas d'ablation du rein. Quoique l'observation en soit longue, il nous a paru intéressant de la reproduire en entier. Elle a été prise avec grand soin et renferme des faits utiles au point de vue physiologique et opératoire.

M. William S. B. babitant le Minesota, avocat, âgé de 36 ans, marié, fut admis à l'hôpital de Saint-Lucke, le 1er avril 1872. Rien d'héréditaire dans sa famille. Il avait toujours joui d'une bonne santé. En octobre 1870, après une course de 30 milles à cheval dans les prairies, sous une pluie battante, il fut pris des troubles uriuaires suivants : dans la nuit, besoins fréquents d'uriuer; excrétion saus aucuue douleur d'une grande qnantité d'urine, limpide. couleur paille. Pendant quinze jours, même état, il était obligé d'uriner toutes les heures, et souvent le besoin était si impérieux que l'urine s'échappait d'elle-même. Au bout de ce temps l'urine devint épaisse, blanche, laissa un dépôt briqueté et adhérant au vase. C'est à ce moment qu'il commença à resseutir une douleur qui s'étendait du col de la vessie au méat urinaire. A ce moment encore, il éprouva une douleur lancinante dans la régiou du rein droit, doulcur qui augmentait par les monvements du bassin, et s'accompagnait d'une sensation de pesanteur daus le flanc droit.

Cet état s'était un peu amélioré lorsqu'en juin 1871, après une uouvelle course à cheval dans les mêmes conditions, le testicule droit enfla, devint rouge et très-douloureux, l'inflammation occupa aussi les cordons spermatiques. Après six semaines, le mal disparut sous l'influence d'un suspensoir et d'applications d'eau froide.

Pendant l'hiver 1871-72, William S. B. recommença à souffrir comme l'année précédente. La quantité d'urine excrétée était moindre, mais les besoins devenaient plus fréquents, la mictiou était douloureuse et le dépôt muco-purulent augmeuta. Il remarqua aussi des filameuts de sang daus l'urine. La douleur dans la région urinaire était violente et intermitteute : elle durait un ou deux jours pour disparaître pendant trois ou quatre. Il se réveillait souvent en poussant des cris de douleur, et ne pouvait se coucher sur l'un ou l'autre côté. Il fut alors traité par différents médecins, tantôt pour un calcul vésical, tantôt pour une cystite ou un rétrécissement : il perdit alors tout son embonpoint et sa vigueur et il garda le lit pendant un mois, pendaut lequel on lui passait chaque jour une sonde. Un jour, après le passage d'une sonde, il ressentit uue douleur violente dans la région vésicale, il s'écoula immédiatement un verre à vin d'un pus bien lié non mélangé à l'urine. A partir de ce moment à chaque miction environ un drachme de pus jeunâtre.

Au momeut de son admission en avril 1872, William S. B. est dans un état géuéral assez satisfaisant. Il urine toutes les heures, mais éprouve un peu de douleur avant et après la miction. Il expulse environ un verre à viu d'urine, chaque fois et immédiatement après, il chasse avec effort environ un drachme de pus. En trente-quatre heures il passe environ trois litres d'urine dans lesquels il y avait quatre onces do pus. Il y a beaucoup d'albumine dans l'urine, mais on n'y trouve jamais de cylindres. Il se plaiut d'uu sentiment de lourdeur dans la région lombaire du côté droit, avec accès de douleur s'irradiant dans le bas-ventre et l'extrémité de la verge. Sueurs profuses pendant la nuit : elles sont acides. — Aucune trace d'une lésion récente des poumons.

Une sonde en métal n° 13 pénétra saus difficulté dans la vessie où on ne trouva aucun point qui fut le siége d'une sensibilité anormale.

Dans la région rénale du côté droit il existe une tumeur, qu'on suppose venir du rein lui-même. Elle s'étend du bord inférieur de la dernière côte à l'os iliaque : s'avance jusqu'à quatre pouces de la ligue médiane en avant, reste éloignée d'un pouce et demi des apophyses épineuses en arrière, et mesure quatre pouces transversalement. On pense que c'est le bassinet du rein énormément dilaté qui donne lieu à cette tumeur : on perçoit du reste, très-distinctement en ce point une fluctuation profonde. Par le toucher rectal on reconnaît que la *vésicule séminale* du même côté est dure et tuméfiée. Le *testicule droit* est gonflé, dur et bosselé : l'induration a envahi aussi l'épididyme et la partie inférieure du cordon. Un petit trajet fistuleux, qui, quand on le presse, laisse suinter un liquide séreux et filant conduit sur la tête de l'épididyme.

18 avril. — L'état général du malade s'est amélioré depuis son entrée; il avait généralement des sueurs abondantes la nuit. On lui fait prendre un peu d'exercice bors l'hôpital. Les urines restent dans le même état.

7 mai. — En présence du Dr Van Buren et de plusieurs de mes collègues de l'hôpital, nous éthérisons le malade. On plonge l'aiguille exploratrice (n° 2) de l'appareil Dieulafoy, dans la tumeur, à peu près à égale distance de la dernière côte et de la crête iliaque, à trois pouces des apophyses épineuses.

Environ trois onces d'un pus séreux avaient été recueillies dans le vase, quand le jet cessa subitement, on sonde en vain la canule, on est obligé de la retirer et on trouve ses yeux bouchés par de petits amas de matière granuleuse, qu'on regarda comme des fragments de calculs. La ponctiou ne causa d'abord aucun trouble.

En présence [illegible] des reins; pus et sang dans les urines; augmentation [illegible] par la palpatiou, et enfin, grains de calculs retirés par [illegible] nous portâmes après mûre délibératiou le diagnostic de [illegible]; la néphrotomie, avec ablation du rein, si le degré d'altération était suffisant, fut considérée comme indiquée.

16 mai. — *Opération.* Le malade est endormi avec l'éther. Une incision lougue de six pouces trois quarts, est faite de la douzième côte à la crête iliaque : elle est parallèle à l'épine. et à trois pouces de celle-ci. Le bord externe du muscle carré des lombes fut ainsi mis à déconvert; on enlève la graisse subjacente et on tombe sur la capsule réuale. Nous fîmes alors de longues et pénibles recherches pour trouver le bassinet. l'attirer sous les yeux, afin de l'ouvrir et d'en extraire la pierre si elle y était. Nous reconnûmes bientôt que cela était impossible, parce que le bassinet u'était nullement distendu et qu'il était à une grande profondeur, où il avait contracté des adhérences très-résistantes.

On découvrit alors à la surface du rein plusieurs points fluctuants : l'un d'eux fût perforé avec un trocart, il s'eu écoula une quantité considérable de pus, mais on n'y trouva pas de pierre. Une sonde d'argent fût alors substituée au trocart, mais sans plus de succès. On retira la sonde et à sa place on introduisit la plus petite sonde de métal pour l'urèthre qu'il fut possible de trouver : celle ci nous conduisit dans une cavité de deux pouces et demi, mais pas de pierre encore. On elargit alors la ponction en faisant une incision capable de laisser pénétrer le doigt, et on explore toute la cavité mais saus plus de succès. Considérant que le rein était trop altéré pour qu'il put rendre aucun service physiologique, nous pensâmes qu'il valait mieux l'eulever tout à fait. Ou brise avec les doigts les adhérences périphériques; on étreint fortement daus une puissante ligature avec un fil de soie, les vaisseaux du rein et l'artère et on coupe entre la ligature et le rein. La surface de section était dure, épaissie, presque cartilagineuse. Quelques petites artères musculaires nécessitèrent la ligature daus les derniers temps de l'opération. Cinq ligatures furent laissées dans la plaie dont on rapprocha les bords avec six poiuts de suture profonde. Pansement avec de la charpie (toile de *lin*) compresses et un bandage de corps.

L'opération avait duré deux heures et demie.

Le malade très-déprimé par l'anesthésique fut immédiatement porté dans son lit et on ordonna un baiu d'air chaud. De l'eau-de-vie fut aussi administrée par la bouche et le rectum. Daus la soirée on lui fit une injection hypodermique de sulfate de morphine.

Vers sept heures du soir on cessa le bain chaud : il ne faisait pas bien. A onze heures: quatre onces d'eau-de-vie et de lait mélangés furent administrés par la bouche et par le rectum. Le malade avait parlé pour la première fois vers sept heures du soir et il garda sa connaissance jusqu'à une heure du matin.

17 mai. — Le malade s'est peu à peu relevé, le pouls est bon. Ou supprime l'eau-de-vie, qu'on remplace par du vin blanc. A trois heures du soir, il avait rendu environ quatre onces d'une urine purulente, et contenant de la matière caséeuse semblable à celle que nous avions vue dans le rein, et aussi un peu de sang. Le professeur A. Flint, examina l'urine et trouva : Pus 1/5; poids spécifique 1018; réaction acide, albumine en grande quantité; urée, 2 gr. 683 par once de liquide.

A cinq heures du soir, le malade redevint froid : on le plaça dans un bain d'air chaud qui amena une transpiration abondante. Il prit comme nourriture : du lait, de l'eau-de-vie et du vin blanc.

A minuit, il avait rendu deux onces d'urine plus claire qu'auparavant. Il était calme d'esprit et ne souffrait pas.

A quatre heures du matin, six drachmes d'urine plus limpide encore; esprit calme, sommeil intermittent avec une respiration bruyante et stertoreuse.

18 mai. — Le malade a uriné toutes les heures et demie environ et a rendu cinq drachmes d'urine chaque fois. — A 7 heures 30 du matin : une injectiou sous-cutanée de morphine. La plaie a bon aspect.

De six heures du matin le 17 mai à sept heures du soir le 18, le malade avait rendu 16 onces d'urine: poids spécifique, 1020. Les quatre deruières ouces furent examinées par le professeur Flint avec les résultats suivants : couleur jaune de paille un pen trouble; odeur fortement urineuse; réaction acide; poids spécifique 1019; albumine, une trace due à la présence du pus; pas de sucre; dépôt blanchâtre et en petite quantité; urée 5 gr. 5779 par once de liquide. Au *microscope* : pas de cristaux, quelques globules de pus, pas de tubes épithéliaux ou autres.

A deux heures du soir : vomissements et éructations fréquentes de bile et de mucus. Aucun aliment, aucun stimulant ne passe; il peut prendre seulemeut un peu d'eau gazeuse et du carbonate d'ammoniaque en petites doses. A 5 heures 30: nouvelle injection de morphine. Pouls carotidien : 128. Surface cutanée, très-froide.

19 mai. — 2 heures 30 du matin. Durant la nuit il n'a pu prendre que de l'eau gazeuse et du carbonate d'ammoniaque. Les lavements sont immédiatement rendus. — 4 heures. il décline peu à peu. — 6 heures, il n'a pas vomi depuis 4 heures; pouls très-faible; il est complétement affaissé. — 8 heures, il se plaint de sa plaie; on le panse de nouveau; il eu coule un peu de serum sanguinolent; il est très-affaissé.

19 mai. — 10 heures 15 du matiu. Le malade meurt doucement et sans secousses, soixante-cinq heures après l'opération. Depuis la veille au soir, il avait encore rendu deux onces et demie d'urine de la meilleure apparence.

Autopsie. — Elle fut faite 6 heures après la mort sous la direction du Dr François Delapied. Le corps était assez émacié, la peau décolorée, la roideur cadavérique très-marquée. Le *crâne* ne fut pas examiné. Les *poumons* étaient décolorés et contenaient moins de pigment que de coutume. Le poumon droit était fixé à la paroi thoracique par de vieilles adhérences dont quelques-unes étaient infiltrées de pus. Le poumon droit était très-œdémateux, les bronches congestionnées, vascularisées et renfermaient du muco-pus. Le poumon gauche ne présentait aucune lésion. — Le *cœur* était de volume moyen : les deux ventricules étaient distendus par des caillots en partie décolorés; les valvules étaient normales, excepté la lèvre antérieure de la valvule qui était très-athéromateuse. Le *foie* et la *rate* étaient de volume et d'apparence normaux.— Le gros intestin était distendu par du gaz. La surface du petit intestin était vascularisée par places, avait perdu son aspect brillaut et poli, mais il n'y avait pas traces d'une inflammation récente

Le *péritoine* au niveau du rein droit, et le long de l'uretère du même côté était épaissi, mais n'offait pas traces d'une inflammation aigüe. L'uretère était du reste, à ce niveau, entouré d'une masse de tissu induré.

L'*uretère* du côté droit était dilaté, épaissi, sa membrane muqueuse était infiltrée de matière caséeuse. Par suite du déplacement du reiu, il se terminait à gauche de la ligne médiane. C'est de ce côté aussi, qu'on retrouva l'artère et la veine rénales coupées avec les ligatures encore en place. L'artère contenait un thrombus dur et coloré qui se prolongeait jusque dans l'aorte. La veine renfermait un caillot sanguin moins altéré. L'artère avait été liée à trois pouces de sa naissance dans l'aorte; et la veine, à un demi-pouce de la veine cave.

Le *rein gauche* était un peu plus volumineux que de coutume, mais il n'était pas congestionné; son parenchyme et ses vaisseaux étaient dans un état normal. — La *vessie* était rétractée et vide. Elle était petite, mais ses parois étaient à peu près saines : on y observait seulement quelques papilles hypertrophiées surtout au voisinage du col.

La *vésicule séminale droite* était épaissie et sa muqueuse infiltrée de matière caséeuse. L'*épididyme droit* avait été le siége d'une inflammation avec perforation du scrotum. Le *rein droit* avait 5 pouces 3/4 de long et 3 pouces de large. Il pesait 2 onces 1/2. Sa capsule était épaissie et adhérente. La portion corticale était épaissie, molle, de couleur grisâtre, parsemée de taches rouges. Les pyramides étaient en grande partie détruites. A leur place on trouvait de grandes cavités, avec des parois ulcérées, envahies par la matière caséeuse qui s'étendait parfois jusque dans la substance corticale. Ni le bassinet, ni les calices n'étaient dilatés, mais leur muqueuse était épaissie. Il y avait peu d'altération dans les tubuli qui n'avaient pas été détruits; quelques-uns étaient dilatés, d'autres disparaissaient en partie sous l'accroissement du tissu interstitiel. Les corpuscules de Malpighi était dilatés et l'épithélium intra-capsulaire épaissi. La principale lésion consistait dans la formation d'un tissu fibreux et de petites cellules rondes entre les tubuli. La néo-formation cellulaire était surtout abondante au voisinage des cavernes. Au niveau des parois de celle-ci tous les tissus, vieux et jeunes, étaient convertis en matière granuleuse, caséeuse.

Il est évident que c'est le même processus qui a envahi le rein, l'uretère, la vésicule séminale et l'épididyme du côté droit; il s'agissait, en un mot, d'une inflammation chronique aboutissant à la formation d'un tissu fibreux et de cellules lymphoïdes, avec tendance à la dégénérescence caséeuse. C'est ce que les auteurs décrivent sous le nom de tubercule infiltré des organes génito-urinaires. Il est difficile de dire si dans beaucoup des cas cités par les auteurs, il y avait eu production de tubercules; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que dans le cas présent, il a été impossible de trouver rien qui ressemblât à du tubercule.

L'*extirpation du rein*, est une opération nouvelle, et tant soit peu hardie. Cependant, comme ces quatre observations, que nous venons de publier, démontrent que la réussite n'est pas impossible, si d'autres faits se produisent, nous les communiquerons à nos lecteurs. H. Duret.

Chronique des hôpitaux

Hôpital Lariboisière. — Service de M. le docteur Woillez. — Salle Saint-Landry (Hommes) : N° 6, rétrécissement aortique (angine de poitrine), — n° 8 pneumonie du sommet (côté droit); — n° 20, anévrysme de la crosse de l'aorte; — n° 25, aphasie datant de deux mois; — n° 31, pleurésie à droite; — n° 34, insuffisance mitrale.

Sainte-Mathilde (Femmes) : N° 4, rhumatisme articulaire aigu; — n° 6, cirrhôse du foie; — n° 14, pleurésie à gauche; — n° 29, ataxie locomotrice; n° 34, herpès zoster des derniers nerfs intercostaux à droite.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur Gosselin. Cliniques les mardis, jeudis, samedis. — Salle des femmes : Nos 3, contusion du genou gauche avec épanchement sanguin, surajoutée à une faiblesse et à une paralysie aigue du côté droit; — 8, fracture du péroné et de la malléole interne du côté droit, sans déviation du pied; — 10, épithéliôme végétant, gros comme une petite noisette, au côté gauche de la racine du nez, au-dessous de l'angle interne de l'œil; — 23. tumeur présumée gommeuse, héréditaire et entourée d'un ulcère superficiel presque annulaire avec cicatrices attribuées à des gommes ulcérées, siégeant à la partie antérieure du thorax. (Cas très-curieux, recommandé.)

Salle des hommes : 1, Erythéme phlegmoneux autour d'une petite plaie contuse du genou droit, qui ne paraît pas atteindre la synoviale; — 15, ostéite hypertrophiante du fémur gauche, actuellement état aigu. Quelque apparence d'ostéo-sarcome; — 28, brûlure du second degré et de peu d'étendue à la face antérieure de l'avant-bras gauche; — 41, abcès et fistule presque complète de la marge de l'anus, surajoutée à une chloroanémie saturnine.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Hardy. — Salle Saint-Jean : Nos 3, zona du bras droit; — 11, syphilide squammeuse circinée; 19, molluscum généralisé; — 25, chancres indurés *multiples* de la verge avec infection; — 42, acné hypertrophique du nez, — 61, ecthyma cachectique (rupia).

Salle Sainte-Marie : N° 9, lèpre tuberculeuse (éléphantiasis des Grecs).

Service de M. Besnier. — Salle Saint-Léon : 36, psoriasis gyrata; — 37, sciatique chez un saturnin.

Salle Saint-Thomas : 45, paralysie faciale syphilitique précoce.

Service de L. Vidal. — Salle Saint-Thomas : 21, adénie; — 23, lupus erythémateux.

Service de M. Hillairet. — Salle Saint-Louis : 2, plaques muqueuses de la peau; — 7, hydroa bulleux, — 8, syphilides pustulo-crustacées, périostoses multiples.

Service de M. Cruveilhier. Salle Ste-Marthe (Hommes) : n. 4; — anévrisme de la crosse aortique; — 15, fracture du bassin, déchirure de l'urèthre; — 18, rétrécissement traumatique de l'urèthre; — 37, polype utérin; — 49, grenouillette; — 46, sarcome de la base du crâne.

Service de M. Péan. — Salle Ste-Augustine : n. 14, — plaie de l'abdomen, hernie épiploïque; — 15, morbus coxœ senilis; — 34, exostose de l'os malaire.

Salle Ste-Marthe : n. 61, rétention des règles; — 56. résection du coude; — 67, tumeur de l'aisselle.

Hôpital Cochin. — Service de M. Desprès. — Hommes. — Bar. I : nos 16, Nécrose du maxillaire inférieur; — 19, Gommes du péricrane (scrofule et tuberculose; pas de syphilis antérieure). — Bar. II : nos 30, Retrécissement intestinal consécutif à une fièvre typhoïde; — 34, Abcès de la fosse iliaque; — 35, Ankylose de la mâchoire (unilatérale). — Bar. III : nos 15 Périostite du cubitus chez un malade atteint de blennorrhagie; — 20, Vaginalite chronique : hématocèle spontanée.

Salle Cochin : nos 9, hernie étranglée : opération; Epiploïte phlegmoneuse; — 10 abcès de la prostate; — 19, fracture de la colonne vertébrale; — 20, plaie pénétrante de poitrine et de l'abdomen : Issue de l'épiploon.

Salle Saint Jacques (femmes) : nos 2, Adénite cervicale chronique : traitement par les injections d'iodure de potassium; — 16, fracture de jambe compliquée de plaie; — 17 kyste hydatique du foie : ouverture par les caustiques; — 19, Papillome de l'utérus; — 21, corps fibreux sous-péritonéal

Hôpital Lourcine. — *Maladies syphilitiques.* M. Alfred Fournier fait des leçons cliniques tous les jeudis, à 9 heures. MM. les étudiants doivent se munir d'une carte spéciale au secrétariat de la faculté.

Asile Sainte-Anne. — *Cours cliniques et pratiques sur les maladies mentales et nerveuses.* Ce cours est fait successivement par MM. Dagonnet, P. Lucas, Magnan et Bouchereau. — Avant chaque leçon, examen direct par les élèves. — 22 juin, M. Prosper Lucas. Etiologie des maladies mentales et examen parallèle des causes de la la folie et de la criminalité.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. Hardy : Leçons le vendredi, à 9 heures. — M. Lailler : Leçons, le samedi, à 8 heures et demie. — M. Hillairet : Leçons, le mercredi, à 9 heures et demie. — M Guibout : Conférences, les lundis et mardis, à 8 heures et demie.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le Dr Duplay. — Leçons de clinique chirurgicale tous les mardis à 9 heures.

NOUVELLES

Faculté de médecine. — Un arrêté administratif de la faculté

libellé d'une façon incomplète nous a fait demander dans notre dernier numéro à quelle époque expiraient les fonctions du chef de clinique adjoint nommé à l'Hôtel-Dieu, en remplacement d'un des chefs de clinique appelé aux fonctions de chef de Laboratoire.

Nous apprenons de source certaine que cette suppléance régulière a toujours dû cesser naturellement avec le temps qui restait au titulaire, c'est-à-dire à la rentrée, lorsque le concours de chef de clinique, qui va s'ouvrir très-prochainement, aura pourvu au remplacement, des deux chefs de clinique de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, nommés à l'avant dernier concours.

Du reste nous tenions à constater qu'aucune insinuation personnelle quelle qu'elle soit n'était entrée dans la pensée de la rédaction surtout alors qu'il s'agissait d'une question de principes et de délicatesse.

Herborisations — M. Baillon; 22 juin. Rendez-vous à la gare Montparnasse 8 heures — pour Bellevue.

M. Chatin : 22 juin. Rendez-vous à Clamart, par le train partant de Paris à 11 heures.

Ecole de médecine d'Arras. — M. Lestocquoy, professeur-adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur titulaire de ladite chaire. — M. Germe, suppléant pour les chaires de médecine et chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé professeur-adjoint d'accouchements, maladies des femmes et des enfauts, à ladite école, en remplacement de M. Dupuich, décédé.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Guitteau, licencié ès-sciences physiques, pharmacien de 1re classe, préparateur de chimie et d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé professeur-adjoint à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, chargé en cette qualité de l'enseignement de l'histoire naturelle. — M. Alban de la Garde, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est chargé provisoirement de l'enseignement de la thérapeutique à ladite Ecole.

Ecole de médecine de Tours. — M. Thomas, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est chargé, à titre gratuit, d'un cours complémentaire d'ophthalmie à ladite école. — M. Millet, professeur d'histoire et de thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite école, en remplacement de M. Crozat, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite. — M. Bodin, suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite école. — M. le docteur Guéroult est nommé suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Bodin.

Ecole préparatoire supérieure a Rouen. — M. Ballay, docteur en médecine, est nommé préparateur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen en remplacement de M. Pennetier, démissionnaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Avis a MM. les Éditeurs. — *Tout ouvrage dont deux exemplaires seront envoyés au* Progrès Médical, *sera annoncé et analysé. — Tout ouvrage, dont il n'aura été déposé qu'un exemplaire, sera simplement annoncé.*

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Ambulances (les) de la presse, annexes du Ministère de la guerre pendant le siége et sous la Commune. In-8° de 374 pages, avec fig., intercalées dans le texte, 6 fr.

Guyon (F). Éléments de chirurgie clinique comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés. In-8° de 672 pages avec 63 figures intercalées dans le texte, 12 fr.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. A. Dechambre. 2e série, tome VIIe, 1re partie (mer-mét). Ce fascicule contient entre autres les articles suivants : *Mer*, par Rochas ; — *Mercure*, par Gobley, Fonssagrives, Orfila, E. Beaugrand; *Maladies mercurielles*, par, Rollet; — *Mésentère*, par Besnier ; — *Mesmérisme*, par Dechambre ; — *Mésologie*, par Bertillon ; — *Bruits métalliques*, par Barth et Roger ; — *Métastase*, par Blachez ; — *Météorologie*, par Renou et Chéreau ; — *Méthode*, par Hecht.

Diday (P.) Examen médical des miracles de Lourdes. In-24 de 150 pages.

Doyon (A.). Le lymphatisme étudié spécialement à la période d'imminence et à la période d'action. Hygiène préventive et traitement curatif par les eaux minérales d'Uriage (Isère). In-8 de 64 pages.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole de Médecine.

Boéchat (A.). Recherches sur la structure normale des corps thyroides. In-8° de 48 pages avec une planche. 1 fr. 75.

Boillet. Malades et médecins. In-16 de 92 pages, 1 fr. 50.

Bourdin (C. E.) Du choix du vaccin et du procédé à mettre en usage pour éviter dans l'opération de la vaccine l'innoculation des germes des maladies virulentes. In-8° de 16 pages, 50 cent.

Bourneville et Voulet. De la contracture hystérique permanente, ou appréciation scientifique des miracles de saint Louis et de saint Médard. In-8° compacte de 108 pages. 2 fr. 50

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VE[illegible] — [illegible] CERF ET [illegible], 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 3 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 28 JUIN 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES : 1 page.... 200 fr. — 1/2 page.... 100 — — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

HISTOLOGIE NORMALE

COLLÉGE DE FRANCE. — M. RANVIER.

Du système lymphatique.

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Les vaisseaux lymphatiques.

Messieurs,

L'histoire des vaisseaux lymphatiques n'est encore faite que d'une façon très-insuffisante ; si l'on prend par exemple l'article de Recklinghausen dans le Manuel de Stricker, article qui peut être considéré comme donnant l'état actuel de la science, on verra que nous ne possédons sur la structure des lymphatiques que des renseignements très-incomplets. D'après lui leur structure est analogue à celle des veines, tout en se rapprochant de celle des artères par l'existence d'une tunique musculaire à fibres circulaires.

Ce qui explique le peu de données que nous avons sur ce point, c'est la difficulté que présente l'étude des lymphatiques, et qui tient d'une part à la minceur des parois et à la transparence du contenu, de l'autre à la difficulté de l'isolation, car les lymphatiques adhèrent intimement au tissu conjonctif dans lequel ils sont plongés. Dès qu'un lymphatique est isolé, il revient sur lui-même dans sa largeur et se plisse, et, quelque procédé de coloration que l'on emploie ensuite, il ne présente plus sous le microscope qu'une série de stries longitudinales, de disposition très-irrégulière. La première question est donc de trouver de bonnes méthodes pour vaincre ces difficultés, et nous allons indiquer celles que nous avons employées. Elles varient suivant les différentes parties du système lymphatique, et nous aurons à exposer successivement les procédés à mettre en usage pour le canal thoracique, pour les vaisseaux lymphatiques, pour les capillaires lymphatiques ; enfin, dans une quatrième partie, nous indiquerons les moyens connus jusqu'ici pour étudier le problème encore discuté de l'origine des capillaires lymphatiques et des voies lymphatiques en général.

1. Etude du canal thoracique.

Pour étudier le canal thoracique, on emploie la même méthode que pour les veines ; on fait des coupes après dessication ou bien des imprégnations d'argent, suivies de dessication.

Nous avons fait par le procédé de la dessication des coupes longitudinales et transversales chez l'homme et chez le chien. Elles ne donnent pas le même résultat dans les deux cas. Chez l'homme, la coupe longitudinale du canal thoracique présente à sa surface interne un réseau élastique très-fin ; au-dessous, l'on aperçoit des noyaux de cellules musculaires coupés en long ou le corps même de ces cellules musculaires ; plus loin, le tissu conjonctif et de nouvelles fibres musculaires coupées soit en long, soit en travers, soit obliquement, enfin, à l'extérieur, du tissu conjonctif qui se confond avec celui du milieu ambiant. Tel est l'aspect que présente la coupe, et on ne saurait y reconnaître les tuniques interne, moyenne et externe que les auteurs y décrivent par analogie avec les grosses artères.

Chez le chien, le canal thoracique a une structure beaucoup plus simple. Sur une coupe transversale, on aperçoit à la surface interne, l'épithélium dont les noyaux font saillie sur cette surface. (L'épithélium est resté ici, parce que le canal thoracique a pu être recueilli immédiatement après la mort, tandis que chez l'homme il est toujours tombé après les 24 ou 36 heures qui s'écoulent depuis la mort jusqu'à l'autopsie). Au-dessous de cet épithélium, on aperçoit des fibres musculaires, puis des fibres élastiques mêlées à de nouvelles fibres musculaires, enfin le tissu conjonctif environnant. La musculature de ce canal est, comme on le voit, beaucoup plus complexe et plus résistante chez l'homme: cela pourrait bien être en rapport avec la différence d'attitude ; chez le chien, le canal thoracique est horizontal, et la lymphe, pour cheminer, n'a pas besoin d'une grande impulsion, tandis que chez l'homme, elle a toujours à surmonter la résistance de son propre poids. L'imprégnation d'argent peut se faire, soit par injection, soit par immersion. L'injection ne réussit guère, même sur les petits animaux qui servent habituellement à nos expériences, mieux vaut avoir recours à l'autre procédé. On ouvre l'animal, et après avoir écarté les poumons, on découvre dans le médiastin postérieur, derrière l'aorte, le canal thoracique que l'on isole en le disséquant avec le manche d'un scalpel; on jette ensuite une ligature à sa partie supérieure, et on voit le canal se remplir de lymphe, puis on jette une seconde ligature un peu plus bas, et on

enlève la portion intermédiaire distendue par la lymphe qu'elle contient. On le plonge dans l'eau distillée, et on l'y agite pour nettoyer sa face interne, puis on la plonge dans une solution d'argent à 1|500. Pour que l'épithélium soit imprégné, il suffit d'un séjour d'une minute à une minute et demie dans le bain d'argent; ensuite, on lave le canal thoracique dans l'eau distillée, on l'étale sur une lame de verre, la surface épithéliale en dessus, et on l'examine soit dans la glycérine, soit (après l'avoir déshydraté) dans le baume du Canada. L'épithélium du canal thoracique ressemble beaucoup à celui des veines; il est aussi allongé dans le sens de l'axe, mais il présente en plus des dentelures sur les bords des cellules.

Si l'on veut que l'imprégnation atteigne, outre l'épithélium, les fibres musculaires et le tissu conjonctif, il faut laisser la pièce dans le bain d'argent pendant 25 à 30 minutes.

On obtient de cette façon des préparations très-instructives : On y remarque comme dans la tunique interne des artères, des figures rares, étoilées, qui se détachent en blanc sur un fond brun, et qui sont, comme nous l'avons démontré en d'autres occasions, des cellules de tissu conjonctif; puis on voit des lignes à peu près droites, noires, qui limitaient les fibres musculaires, et qui ont une direction généralement transversale; néanmoins, elles se croisent dans tous les sens, et il y en a un grand nombre qui prennent des directions plus ou moins obliques, de manière que l'on a un lacis de lignes noires dirigées dans différents sens, et limitant les cellules musculaires.

2. Etude des troncs lymphatiques.

Pour les troncs lymphatiques, l'extrême minceur de leurs parois devient un adjuvant; on peut employer pour les examiner trois méthodes : l'injection directe, l'injection par les artères et l'immersion.

L'injection directe réussit fort bien avec du picro-carminate à 1|100. Au moyen d'une canule fine, ajustée directement sur la sernigue, ou reliée indirectement à la seringue par un tube en caoutchouc, on pique dans un ganglion, par exemple dans le ganglion cervical profond chez le lapin ; on pousse l'injection, on voit le ganglion se gonfler et les vaisseaux lymphatiques qui en sortent se colorer en rouge en se remplissant de picro-carminate ; on réussit surtout bien si l'on a mis auparavant une ligature à la partie inférieure du cou.

Ainsi gonflés et rendus bien visibles, les vaisseaux tranchent par leur couleur sur le blanc légèrement rosé des tissus environnants, et on peut facilement les isoler et les étendre sur une lame de verre. On peut aussi, au lieu de pousser l'injection dans un ganglion, piquer avec la canule sous la séreuse de l'intestin et emplir de cette façon les chylifères, ou bien encore faire pénétrer le picro-carminate dans le tissu cellulaire qui entoure les tendons. On obtient toujours de cette façon des lymphatiques plus ou moins gros, très-distincts et plus faciles à examiner. Ce qui frappe d'abord, quand on les étudie, c'est un double réseau élastique longitudinal, coloré en jaune par le réactif.

Par le bout du tube vasculaire, on voit souvent s'échapper des cellules épithéliales, irrégulièrement polygonales quand elles se présentent de face, fusiformes avec un gros noyau sphérique fortement saillant à leur milieu quand on les voit de profil. Cette disposition des cellules endothéliales, que lon considérait commes caractéristique de l'endothélium des reins et de la rate, existe donc dans les lymphatiques, et nous pouvons dire qu'elle appartient à tout le système.

Lorsque la préparation vient d'être faite, on ne distingue pas nettement les autres éléments de la paroi du lymphatique; mais si, après que la coloration est produite, on remplace le picro-carminate par la glycérine additionnée d'acide formique (1/100e), en faisant cette substitution sous la lamelle de verre, des fibres musculaires placées entre les deux réseaux élastiques dont il a été question plus haut, se montrent assez nettement. On les voit former, non pas comme dans les artères, une couche régulière à direction transversale, mais une sorte de natte dans laquelle elles ont des directions obliques en divers sens.

L'injection peut être faite avec le nitrate d'argent comme avec le picro-carminate; il faut employer la solution à 1/500e, mais l'inconvénient de ce procédé, c'est qu'il se forme sur beaucoup de points des coagulations de lymphe fortement colorées par l'argent et qui salissent la préparation. Il vaut mieux faire avec l'argent des injections indirectes par les artères. La méthode d'injection par les artères pour les matières colorées en général, dans le but d'injecter les lymphatiques, est attribuée par les Allemands à Brücke, mais elle est indiquée déjà par Bichat, qui la fait remonter à Meckel (1).

On peut faire ces injections, soit sur la grenouille, soit sur des mammifères. Pour les grenouilles, voici comment on procède :

Sur une grenouille vivante, on découvre le cœur en faisant une incision au sternum comme nous l'avons indiqué déjà, à propos de la technique du système vasculaire sanguin. On incise le bulbe aortique et l'on y fixe une canule par laquelle on injecte du nitrate d'argent au 1/500e, en assez grande quantité, de manière à remplir tout le système vasculaire. On ouvre ensuite le ventricule en coupant la pointe du cœur avec des ciseaux; le sang, et ensuite le nitrate d'argent reviennent et s'écoulent par cette ouverture ; on continue à injecter du nitrate d'argent jusqu'à ce qu'il coule à peu près hors du ventricule. Le mésentère de la grenouille, étalé alors sur une lame de verre dans de la glycérine, ou moulé dans du baume du Canada, après déshydratation, montre d'une manière très-nette les gaînes lymphatiques péri-vasculaires. — Rusconi, qui a le premier indiqué ces gaines péri-vasculaires (*Annales des sciences naturelles*, 1841, p. 249), ne savait pas si les vaisseaux sanguins sont simplement immergés dans la lymphe ou s'ils sont enveloppés par un vaisseau lymphatique replié sur eux à la manière du péritoine sur l'intestin.

En étudiant ces gaînes on remarque qu'elles existent aussi bien autour des artères que des veines; lorsqu'une artère et une veine sont l'une à côté de l'autre, elles ont une gaîne commune. Là où un vaisseau se bifurque, la gaîne est encore sur un certain espace commune aux deux branches de bifurcation, puis elle se sépare aussi en deux. En examinant attentivement le bord du vaisseau renfermé dans la gaîne, on remarque qu'il a un double contour, ou plutôt que son bord est dédoublé d'une seconde ligne plus claire; l'intervalle entre cette ligne et le contour du vaisseau laisse voir, quand on fait varier la distance de l'objectif, des lignes noires qui limitent des cellules polygonales; ces lignes se continuent par dessus le vaisseau et y forment un réseau épithélial. Ce réseau est différent de celui de la gaîne péri-vasculaire; il se voit nettement par une autre position de l'objectif, et sur la face de l'artère elle-même, au-dessus du tracé transversal des fibres musculaires, ces deux réseaux polygonaux s'aperçoivent nettement; l'un, le supérieur, le plus rapproché de l'œil se continuant avec celui de la gaîne; l'autre, l'inférieur, se continuant avec les lignes noires qui se trouvent entre le double rebord de l'artère. Il y a donc autour de l'artère un double épithélium, l'un immédiatement sur la paroi, l'autre un peu plus loin; en d'autres termes, la gaîne lymphatique de l'artère est une véritable séreuse, et le vaisseau y est contenu comme l'intestin dans le péritoine, ou comme le cœur dans le péricarde. Rusconi, qui a bien étudié ces gaînes, décrit les filaments qui relient la gaîne au vaisseau; mais il n'avait pas compris la disposition que nous venons d'indiquer. Milne-Edwards discute fort bien la question dans son *Traité de physiologie*, et il est enclin à penser qu'il doit y avoir

(1) Les absorbants naissent-ils dn système capillaire? Si on en juge par les injections, il semble que oni, car plusieurs anatomistes distingués, en ponssant une injection fine par les artères, ont rempli les absorbants du voisinage, je n'ai jamais vu rien de semblable, cependant, je suis loin de nier un fait attesté par Meckel.— (Bichat, — *Anatomie générale*, 1812. T. II. p. 581.)

une double gaîne. Avec des imprégnations d'argent bien réussies, il ne saurait y avoir aucun doute à conserver à ce sujet.

La troisième méthode pour étudier les lymphatiques est l'immersion directe dans le nitrate d'argent. Il faut prendre pour cela une membrane qui en contienne, afin que les vaisseaux se trouvent dans un milieu transparent, et le mésentère qui est si riche en vaisseaux lymphatiques, constitue un bon objet d'étude.

Il faut choisir de préférence de petits animaux, et il est bon qu'ils ne soient pas trop gras, parce que la graisse masquerait facilement les objets à observer. Le mésentère du chat, par exemple, se trouve généralement dans de bonnes conditions; en le tendant, on remarque les rayons vasculaires qui vont en divergeant vers l'intestin, on choisit un point où les vaisseaux chylifères s'écartent de ces rayons, et on coupe avec des ciseaux un morceau de la membrane pris entre deux rayons vasculaires; on le saisit avec une pince, et on le lave en l'agitant dans un peu d'eau distillée, puis, on le plonge dans une solution de nitrate d'argent au 1|500, et on l'y laisse pendant une heure ; ensuite on le met à macérer pendant 15 heures dans de l'eau distillée ; au bout de ce temps, l'épithélium du mésentère se détache facilement lorsqu'on secoue la préparation dans l'eau, ou qu'on la lave avec le pinceau, on tend alors la membrane sur une lame de verre, (on y arrive le mieux en appuyant sur les bords de la membrane avec les doigts, de manière à écarter ces bords l'un de l'autre) et l'on examine dans la glycérine ou dans le baume du Canada. Les lymphatiques se voient très-nettement; non-seulement leur épithélium se trouve imprégné, mais on distingue très-bien les fibres musculaires limitées par des bords noirs à peu près rectilignes, et dont la plupart ont une direction transversale; de distance en distance, au niveau des valvules, on aperçoit des renflements sur lesquels les fibres musculaires viennent s'entrecroiser suivant des directions plus ou moins obliques, en s'entrelaçant dans différents sens à la manière des fibres musculaires du cœur. Au lieu de la solution d'argent, on peut aussi employer le chlorure d'or à 1|1000; on procède de la même façon, on laisse agir le chlorure d'or pendant environ 10 minutes, puis on retire la pièce et on la plonge dans une solution très-faible d'acide acétique (une goutte pour 50 grammes d'eau) en exposant le flacon à la lumière solaire. On obtient de cette façon un très-beau réseau lymphatique où l'on distingue en particulier très nettement la disposition des valvules. Les vaisseaux sont comme divisés en une série de segments qui paraissent entrer les uns dans les autres comme des tubes de drainage ; au niveau de chaque renflement, le bout périphérique du vaisseau s'amincit et se termine en un bec de flûte qui entre dans le renflement que présente le bout central; ce bec de flûte formé par deux valvules adossées empêche le retour de la lymphe en arrière. *(A suivre).*

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR **BÉHIER**.

Étude de quelques points de l'Urémie (Clinique; — Théories; — Expériences.)

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE, chef du laboratoire et I. STRAUS, chef de clinique adjoint (1).

Messieurs,

Au lieu d'être précédée de prodrômes comme nous venons de l'indiquer, quelquefois la maladie éclate d'emblée, ce qui expose à des erreurs fâcheuses d'interprétation et de diagnostic. Quel que soit le mode de début, elle présente des allures très-variées et qu'on peut ranger sous trois formes principales : 1° la forme *convulsive*; 2° la forme *comateuse* ; 3° une forme *mixte* ; enfin, M. Fournier a proposé de comprendre dans une 4e classe les *formes rares*.

En résumé, grande mobilité et combinaisons multiples des symptômes entre eux, mais toutes ces formes révélant un trouble cérébral plus ou moins profond, telle est la caractéristique de la maladie ; nous aurons du reste occasion de revenir sur cette variabilité d'expression, alors que nous essayerons de nous rendre compte de la signification du processus.

1° *Forme convulsive.* Elle se présente avec trois variétés ; la première est la variété *éclamptique* qui est caractérisée par une perte brusque de connaissance, avec convulsions toniques d'abord, puis cloniques, suivies de somnolence, de coma et de respiration stertoreuse, bref un syndrome rappelant tout-à-fait l'attaque épileptique franche. Cependant une analyse plus fine permet de saisir certaines différences.

Par exemple, le cri initial de l'épilepsie, ce cri terrible et qui impressionne si profondément, fait défaut dans l'urémie convulsive; la pâleur de la face, au début de l'accès, ne semble pas aussi grande que dans le mal comitial quoique cependant un certain nombre d'auteurs aient insisté sur la présence de ce symptôme dans les accès éclamptiques de la maladie de Bright.

Un signe distinctif plus important et plus constant, c'est l'absence de la prédominance unilatérale des convulsions ; en outre, dans l'attaque brightique, le pouce n'est pas en pronation forcée dans la paume de la main. Dans l'épilepsie la sensibilité réflexe des muqueuses persiste ; elle est abolie dans l'éclampsie urémique ; dans celle-ci la perte de connaissance est, en général, moins longue, moins profonde et peut même manquer absolument, l'attaque se bornant alors à des convulsions cloniques. L'écume de la bouche et la morsure de la langue manquent habituellement dans l'accès urémique ; néanmoins ces symptômes peuvent s'observer quelquefois (Cas de Kien. — *Gaz. Méd.* de Strasbourg, 1865, n° 1, p. 12).

Habituellement, les convulsions cloniques sont *générales* ; néanmoins les convulsions locales ne sont pas aussi rares que le pensent MM. Lasègue et Sée, et pour ma part j'ai vu de véritables accès d'éclampsie consistant en simples convulsions locales, comme dans certaines variétés du *petit mal* épileptique.

D'autres fois ce sont de vraies attaques de *tétanos*, avec opisthotonos et trismus; c'est là une variété très-rare, mais qui a été observée.

En résumé, la forme convulsive comprend trois variétés qui sont les formes éclamptiques, la forme convulsive locale et la forme tétanique.

On a dit que dans l'urémie ces attaques ne se produisaient qu'une ou deux fois dans les 24 heures, tandis qu'elles seraient plus multipliées dans l'éclampsie puerpérale. Cette règle est vraie généralement, mais elle comporte des exceptions.

Ainsi M. Lasègue a vu des accès urémiques très-fréquents et presque subintrants dans un cas où la guérison a été obtenue ; des accès multiples dans les 24 heures sont pareillement notés dans l'observation de M. Cornillon, citée dans le remarquable travail de M. Bourneville *(Etudes cliniques et thermom. sur les maladies du système nerveux).*

Moi-même, j'ai été témoin de faits analogues à l'hôpital des enfants, dans des cas d'éclampsie urémique survenus à la suite de scarlatine.

Quand les attaques sont ainsi répétées, le coma consécutif ne se dissipe point entre les attaques, il en remplit les intervalles. Ce sont là véritablement des formes mixtes, montrant en quelque sorte le lien qui unit la forme convulsive avec la forme comateuse.

Forme comateuse. Le coma, qui est l'aboutissant habituel de la forme convulsive peut être primitif et se montrer d'une façon très-brusque ; il est *incomplet*, consistant en une simple somnolence, ou *complet* ; c'est dans ce dernier cas surtout qu'il est subit et qu'il a une signification très-grave ; la face est pâle, l'insensibilité absolue ; les pupilles tantôt normales, tantôt dilatées et paresseuses dans leurs mouvements sous l'influence de la lumière. Le malade est plongé dans le stertor, il ronfle ; Addisson insiste pour

(1) Voir le n° 2 du *Progrès Médical.*

montrer que ce ronflement ne se produit pas de la même façon que dans l'épilepsie et dans l'apoplexie cérébrale ; dans ce cas, selon son observation, les malades ronflent du nez et de la gorge; dans l'urémie, le bruit est produit plus superficiellement, si l'on peut ainsi dire, et seulement par la projection des lèvres.

Autre caractère distinctif: L'insensibilité et la résolution musculaire du coma sont générales dans l'accès urémique et non pas hémiphégiques, comme dans l'apoplexie et généralement dans l'épilepsie.

Du reste, le coma urémique est très-insidieux dans sa marche. Il est des cas où il s'établit avec une brusquerie extrême laquelle est tout-à-fait propre à dérouter le diagnostic. Romberg, Gairdner (d'Edimbourg), citent des cas de coma d'emblée suivis de mort en moins de 2 ou 3 heures. John Moor, dans le *London Medical Gazette*, 1845, relate l'observation d'un ouvrier qui, se sentant pris de diarrhée, entra chez un pharmacien qui lui administra de la teinture de rhubarbe. A peine arrivé chez lui, il tomba dans le coma, en sortit pendant quelques heures, pour y retomber et mourir. Dans ce cas on crut à un empoisonnement par erreur de médicament, mais l'autopsie révéla les altérations d'une albuminurie très-avancée : reins brightiques, atrophiés, albumine dans les urines, urée dans le cerveau.

Remarquez en passant, Messieurs, combien ces faits sont instructifs au point de vue de la médecine légale.

Wieger (thèse de Picard : De la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dans l'organisme ; faculté de Strasbourg 1856), cite l'histoire d'une femme qui ne présentait que des troubles gastriques légers, sans œdème, quand, d'une manière soudaine, elle fut prise de coma et succomba le lendemain. A l'ouverture, on trouva les reins atrophiés, les uretères du volume de l'intestin, la vessie hypertrophiée, le trigone épaissi. Le coma brusquement mortel résultait d'un trouble de l'excrétion urinaire.

La forme, dite *mixte*, offre les deux types mêlés, et c'est tantôt la forme convulsive, tantôt la forme comateuse qui prédomine.

Parmi les *types rares*, deux surtout sont intéressants. C'est d'abord le type *délirant*. Nous avons vu chez notre femme de la salle St-Antoine le délire venir compliquer le coma à titre de phénomène ultime ; quelquefois il complique aussi les convulsions. Mais il peut exister seul jusqu'à la fin et constituer une forme particulière, quoique rare, la *forme délirante*. Dans ces cas, tantôt le délire débute brusquement, tantôt il est précédé des prodrômes habituels de l'accès urémique, de céphalalgie, de troubles de la vue, de paresse de l'intelligence, de lenteur dans les mouvements.

Ce délire se présente habituellement sous la forme de *délire monotone*, excellente qualification due à Frerichs et que j'adopte volontiers, car elle indique bien la chasse perpétuelle aux idées et le marmottement incessant qu'offrent les malades.

Chez notre femme, le délire revêtait une forme lypémaniaque ; elle était poursuivie de conceptions tristes, appelant sans cesse au secours. Lasègue et Wunderlich ont décrit des formes franchement *maniaques*.

La deuxième forme rare est la *forme dyspnéique*. Les uns la donnent comme très-rare, les autres comme assez commune.

Il importe tout d'abord de ne pas la confondre avec la dyspnée habituelle de la maladie de Bright, laquelle tient ordinairement à un œdème pulmonaire assez notable et plus rarement à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, à de l'endocardite ou de la péricardite. Cette dernière dyspnée est lente, progressive, plus ou moins intense selon l'intensité et les localisations de l'œdème brightique.

Il en est tout autrement dans la forme dyspnéique vraie de l'accès urémique. Là, la dyspnée survient brusquement, brutalement ; elle aboutit rapidement au coma terminal et elle peut tuer le malade en trois ou quatre heures. (Dans sa thèse, Paris, 1861, Pihan-Dufeillay relate une attaque mortelle en 4 heures). On a pensé que le coma qui termine presque toujours la scène tenait à l'insuffisance de l'hématose ; je suis porté à l'attribuer à un autre ordre d'influence sur lequel j'insisterai tout-à-l'heure. Mais je tiens à vous dire dès maintenant que dans l'interprétation de ces faits on a trop perdu de vue le trouble apporté dans le fonctionnement des centres nerveux respiratoires. Ainsi, j'ai été le témoin direct d'un fait de ce genre, qui, pour plus d'une raison, a fait une grande impression sur mon esprit. Le malade a été subitement saisi d'un accès de dyspnée terrible avec pressentiments funestes, anxiété extrême, crainte de mort imminente.

Or, à côté de ces signes fonctionnels si graves, c'est à peine s'il présentait un peu de toux et quelques râles disséminés dans le poumon gauche. Point de céphalalgie, point de phénomènes convulsifs. Il y a donc, dans ces cas, une disproportion énorme entre les signes physiques thoraciques et les phénomènes de la dyspnée qui est purement nerveuse.

Ces dyspnées peuvent du reste se dissiper aussi rapidement qu'elles s'établissent et si, dans le cas spécial, les lésions anatomiques du poumon avaient été en rapport avec les troubles fonctionnels subis par cet organe, à coup sûr, celui qui vous parle ne serait plus là pour vous faire ce récit.

Ces cas constituent donc de véritables dyspnées nerveuses. Il existe des observations où cette dyspnée extrêmement intense s'accompagnait d'une inspiration sifflante et d'une voix rauque, absolument comme dans l'œdème de la glotte.

Dans ces circonstances, Christison a vu deux fois pratiquer la trachéotomie, et dans les deux cas il n'y avait aucune trace d'œdème de la glotte.

Enfin, M. Jaccoud a décrit une forme dite *articulaire*, où les grandes articulations sont douloureuses comme dans le rhumatisme. Cette variété est extrêmement rare.

Toutes les formes que nous venons de passer en revue présentent une marche aiguë. Toutefois il en existe qui sont franchement chroniques et d'autres qui offrent une allure chronique interrompue par des accidents aigus. Cet état peut durer pendant deux ou trois mois, en alternant avec des rémissions et des retours vers la santé presque complète.

Les *vomissements* et la *diarrhée* peuvent être les seuls symptômes appréciables de l'urémie ; ils ont une grande valeur clinique moins comme signe de l'empoisonnement urémique qu'à titre d'émonction supplémentaire préservatrice. J'aurai à revenir sur ce point ainsi que sur la valeur de l'haleine et de la sueur dites ammoniacales.

Il est un signe diagnostique de la plus haute importance, un signe dirimant entre l'éclampsie albuminurique d'une part, l'accès épileptique et hystérique de l'autre ; c'est l'état de la température. Je fais allusion ici aux belles recherches de MM. Bourneville et Charcot, sur lesquelles je me plais à revenir et qui ont rendu singulièrement précis les termes de la question. Il résulte en effet de leurs observations et de celles moins complètes mais antérieures, de W. Roberts, de M. Hirtz et de Hutchinson, que l'accès urémique s'accompagne d'un abaissement notable de la température centrale; tandis que au contraire, dans l'accès épileptique et hystérique on note de l'élévation de la température ; cette élévation, chose curieuse est la même dans l'éclampsie puerpérale, même quand elle s'accompagne de néphrite et d'albuminurie : constamment alors on observe une élévation de la température qui va croissant jusqu'à la mort.

Le thermomètre du reste sert alors non-seulement au diagnostic des formes convulsives, mais aussi à celui de la forme comateuse. Dans le coma consécutif à une hémorrhagie cérébrale, les observations des services de la Salpêtrière ont montré que la température, après un abaissement momentané, s'élève au-dessus de la normale jusqu'au moment de la mort ; cette même élévation thermique se rencontre dans le coma consécutif à un ramollissement cé-

rébral, avec cette seule différence qu'elle n'est pas dans ce cas précédée d'une chûte primitive et passagère de la température.

Dans le coma urémique au contraire, l'abaissement de la température est un signe constant et permanent jusqu'à la mort.

La cause et la véritable explication de ces différences nous échappent encore, mais cela ne retranche rien à leur valeur diagnostique, qui est considérable, comme vous le voyez.

L'abaissement de la température est donc un signe constant et qui ne fait jamais défaut chaque fois qu'il y a rétention dans le sang des produits urinaires. A quoi tient alors la variabilité extrême des autres symptômes de l'urémie, qui tantôt consistent en accidents convulsifs, tantôt en phénomènes comateux, ici en du délire, ailleurs du tétanos ; à quoi rapporter, en un mot, la symptomatologie protéïforme de la maladie, qui cependant ne reconnaît qu'une seule et même cause, l'insuffisance de l'élimination urineuse !

Cette variété dans l'expression symptomatique tient sans aucun doute, selon moi, ainsi que M. Hirtz l'a indiqué dans une leçon publiée par M. Kien (*Gaz. Méd.* de Strasbourg 1865, n° 1, p. 15), à des localisations diverses du poison qui porte son action sur telle ou telle partie des centres encéphalo-rachidiens.

Ainsi, les formes convulsives résultent évidemment de l'irritation des diverses portions excito-motrices de l'axe cérébro-spinal. L'éclampsie traduit l'excitation de la moelle allongée ; l'accès tétaniforme celle de la moelle cervicale ; les convulsions partielles, celle des origines des nerfs qui animent les parties convulsées, les troubles de l'intelligence, le délire témoignent d'une irritation portant sur la surface des hémisphères. Dans la forme dyspnéïque c'est l'origine des pneumo-gastriques qui serait atteinte et quand, comme dans les cas curieux que nous avons cités, la respiration est sifflante et la voix rauque, c'est que l'altération intéresse les nerfs laryngés et produit la paralysie ou la contraction des muscles du larynx, comme cela se constate dans les anévrysmes de l'aorte qui excitent ou compriment les nerfs récurrents. Enfin, le coma qui termine habituellement la scène tient à cet épuisement qui succède à l'irritation, loi générale et qui trouve toujours principalement son application dans la pathologie cérébrale. Que si le coma s'établit d'emblée, c'est une preuve que l'excitation est trop énergique et qu'elle épuise tout d'abord et abolit primitivement l'activité des centres nerveux.

Telles sont les hypothèses très-légitimes que l'on peut formuler sur les diverses localisations anatomiques du poison urémique. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des facultés de médecine provinciales

Il y a en tous pays, dit un publiciste contemporain, des communautés locales, des groupes naturels qui existent par la force des choses et qui ont des intérêts et des droits particuliers. Ces groupes ce sont les Communes. Parmi les droits qui nous paraissent leur appartenir est celui de perfectionner, dans la mesure de leurs forces, tout ce qui a trait à l'enseignement. L'Etat doit veiller à ce que l'enseignement ne tombe pas au-dessous d'un certain degré et encourager toutes les tentatives qui auront pour but d'accroître les éléments déjà existants.

Tirant l'argent de leurs poches, les communes sont mieux que qui que ce soit à même de juger ce dont elles sont capables. Or, dans ces derniers temps, plusieurs de nos villes les plus importantes Lyon, Bordeaux, Nantes, Lille, Toulouse, Marseille, Besançon, Limoges et Rennes, ont demandé à l'Assemblée l'autorisation de créer, à leurs frais, des facultés de médecine.

En conséquence, l'Assemblée a nommé une commission chargée d'examiner les propositions relatives à la création de nouvelles facultés. Cette commission est composée de MM. Besson, Arago, Lallié, Thomas, Michal-Ladichère, Roussel, Naquet, de Mahy, Paris, Ducarre, Bert, Bouisson, de Salvandy et Berthauld. Le courant décentralisateur qui semble exister actuellement parmi nos législateurs, nous fait espérer que bientôt ces projets seront réalisés.

Nous trouvons encore dans divers journaux de nouveaux renseignements sur la question, renseignements qui paraissent indiquer qu'une partie au moins des autorisations sera accordée.

Le conseil supérieur de l'instruction publique s'est réuni jeudi dernier pour discuter l'importante question de la création des Facultés de médecine en province. Au nom de la commission d'enseignement supérieur, M. Wurtz, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a présenté à ce sujet un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

Il y a lieu de créer, dans quelques grandes villes de France, des centres de hautes études. Les Facultés de médecine sont nécessairement comprises dans le groupe de ces établissements d'enseignement supérieur. Il convient d'en augmenter le nombre. On n'en compte que trois en ce moment; on pourrait en placer trois ou quatre autres dans les villes convenablement choisies au point de vue des ressources qu'elles pourraient offrir à l'instruction médicale. Neuf villes ont fait des offres à cet égard : Lyon, Bordeaux, Nantes, Lille, Toulouse, Marseille, Besançon, Limoges et Rennes. La Commission est d'avis que les demandes de ces trois dernières doivent être écartées, ces villes ne paraissant pas offrir des garanties suffisantes au point de vue des besoins des nouvelles Facultés.

Elle pense que les offres de Toulouse et Marseille doivent être rejetées, par la raison que ces villes se trouvent placées dans le rayon de la circonscription de Montpellier. Il convient de prendre en considération les demandes de Lyon, Bordeaux, Nantes et Lille. Toutefois, comme il ne paraît ni prudent, ni même possible de créer en même temps quatre Facultés nouvelles, il est nécessaire de procéder graduellement et de faire un choix. La seconde ville de France est incontestablement celle qui présente les meilleures conditions pour l'établissement d'une Faculté de médecine; Lyon doit donc obtenir la préférence. Les demandes des trois autres villes pourront être accueillies ultérieurement.

Malgré la réserve faite au détriment de certaines villes, réserve qui, à la rigueur, pourrait être écartée puisque les municipalités offrent de faire les dépenses nécessaires, nous ne pouvons qu'approuver les projets en délibération. Nous avons le plus grand intérêt à voir se multiplier nos centres d'enseignement au point de vue médical. L'émulation qui ne manquera pas de se produire entre les diverses écoles tournera tout au profit de la science médicale et partant de la société.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. VULPIAN montre à la Société des pièces qui, bien que n'ayant donné qu'un résultat négatif, n'en présentent pas moins un certain intérêt. Il s'agit des reins d'un chien, sur lesquels 9 jours auparavant il avait, avec le plus grand soin, pratiqué la section des nerfs. L'animal a survécu à l'opération et se portait bien lorsqu'il a été sacrifié pour une nouvelle expérience. L'examen des reins a pu être fait et l'on n'a rien trouvé de spécial; pas d'altération notable dans cet organe. Cependant, si l'on doit s'en rapporter aux descriptions de Moreau, le rein, déjà, eût dû être à peu près détruit.

M. Vulpian présente encore l'œil d'un lapin sur lequel on avait pratiqué la section de la 5e paire. On constate, sur la cornée, les troubles nutritifs habituels : elle est nettement opaque. Puis l'animal est mort presque subitement. On n'a pas trouvé d'altération dans le cerveau; à peine existait-il quelques ecchymoses sur la muqueuse de l'estomac et une infiltration purulente en un point du poumon.

M. Carville appelle l'attention de la Société sur une cause d'erreur expérimentale qu'il est bon de bien connaître. Voulant répéter une expérience sur les effets de la digitaline chez les animaux empoisonnés par le sulfate d'atropine, il avait donné à un chien, intoxiqué par ce dernier sel, 60 milligrammes de digitaline de Nativelle. — C'est alors que, pour se rendre compte des mouvements du cœur, il avait planté une longue aiguille dans cet organe. Malgré la dose énorme de digitaline, les battements du cœur étaient très-énergiques et très-précipités; loin de s'abaisser, la température montait jusqu'à 40°, 4 — lorsque l'animal mourut tout-à-coup. Cet accident aurait été certainement attribué à la digiltaline si l'autopsie n'était venue démontrer que l'aiguille, fortement fixée par les côtes et les muscles de la paroi, avait labouré le cœur en tout sens et provoqué une hémorrhagie, cause évidente de la mort.

M. Laborde fait remarquer que cette cause d'erreur est encore assez fréquente et qu'elle s'est présentée il y a peu dans un cas analogue.

M. Regnard présente à la Société un appareil basé sur le même principe que celui de M. Esbach, mais simplifié et donnant des résultats plus rapides.

M. Bouchard, après avoir fait quelques critiques de détails et quelques légères réserves sur l'entière exactitude des résultats, pense que cet appareil est appelé à rendre de très-grands services.

M. Bouchard appelle l'attention de la Société sur les accidents qui peuvent être provoqués par l'emploi de la digitaline dans l'albuminurie. Ce médicament devient très-promptement toxique et les doses ordinaires sont parfois nocives. Il vient de constater chez un malade atteint de maladie de Bright, des phénomènes très-graves qui ont duré plus de cinq jours. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans l'albuminurie les reins deviennent en quelque sorte imperméables; les poisons ne sont plus éliminés au fur et à mesure qu'ils pénètrent dans le torrent circulatoire; ils s'y accumulent; de là les accidents.

M. Cl. Bernard. C'est par ce mécanisme que j'ai expliqué, il y a longtemps, l'innocuité des ingestions de curare dans l'estomac, tandis que les accidents sont si rapides lorsque le poison a été déposé dans le tissu cellulaire sous-cutané. En effet, dans ce cas, l'absorption est prompte et le curare pénètre en assez grande quantité pour provoquer les phénomènes de l'empoisonnement. — Mais dans les injections stomacales il n'en est pas ainsi : l'absorption est lente et le poison peut s'éliminer par les reins au fur et à mesure qu'il pénètre dans le sang. Du reste, qu'on rende l'élimination impossible, qu'on lie les reins; le curare s'accumulera dans le liquide nourricier et la mort sera prompte.

M. Charcot. M. Bouchard a raison, et chez les albuminuriques, non seulement la digitaline, mais l'opium, peuvent provoquer, à doses modérées, de graves accidents. Les auteurs anglais ont insisté, à juste titre, sur ce point; ils avaient remarqué ce fait que beaucoup ont constaté après eux, que les reins albuminuriques sont imperméables, entr'autres, aux substances odorantes; l'ingestion, par exemple, des asperges ou de la térébenthine ne s'accompagne pas de l'odeur caractéristique qui, dans ce cas, distingue les urines.

M. Cornil regrette de ne point avoir des planches qu'il se propose, d'ailleurs, de montrer dans la prochaine séance. Il donnera la preuve anatomique de l'imperméabilité que M. Bouchard invoque dans l'albuminurie; les veines s'oblitèrent, la paroi des artères s'épaissit et les lésions envahissent les glomérules de Malpighi.

M. Bouchard présente quelques remarques sur le mode d'action de la *valériane.* Dans le diabète insipide, il a employé la valériane à haute dose. Le médicament n'a pas paru agir sur la polyurie, — mais son action sur l'azoturie a été des plus nette. L'excrétion de l'urée s'est beaucoup amoindrie, et de 40, 45 grammes en 24 heures, il l'a vue descendre à 10 grammes. Cet effet a été constant. Il en a été de même dans le diabète sucré : lorsqu'à la glycosurie s'ajoutait de l'azoturie, toujours, sous l'influence du médicament, l'urée diminuait. — Dans quelques cas, il a vu survenir une excrétion moindre d'eau et de sucre; la polyurie, la glycosurie paraissaient en décroissance, mais ces effets sont trop incertains pour faire fond sur eux. Un seul fait reste immuable dans l'emploi de la valériane, c'est la diminution dans la production de l'urée. — Par quel mécanisme survient cette diminution d'urée? Il croit que la valériane empêche la dénutrition et pourrait être placée à côté des médicaments d'épargne.

Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de certaines pratiques communes à quelques peuplades indiennes? Chaque année, l'élite de la tribu va faire de périlleuses excursions sur les territoires ennemis; les fatigues sont grandes et parfois les privations rudes. Eh bien! un mois avant le départ, ces coureurs d'aventures se gorgent de valériane; ils s'en frottent le corps, ils en prennent des bains, ils en mêlent à leurs aliments de telle sorte que chacun de leurs éléments anatomiques se renouvelle pour ainsi dire au contact de la valériane. Ils peuvent alors affronter les privations, résister à la faim et à la fatigue.

M. Bouchard ne voudrait pas dire que cette propriété soit spéciale à la valériane; elle est propre, et à un aussi haut degré, aux préparations d'arsenic, au bromure de potassium. L'iodure de potassium agirait d'une façon toute contraire. L'auteur a employé ce médicament dans le diabète et il a vu augmenter à la fois la polyurie et l'azoturie. Il croit, du reste, que c'est par son énergique *dénutrition* qu'agit l'iodure de potassium et par la rapidité avec laquelle se détruisent, sous son influence, et se reconstituent les éléments anatomiques.

M. Rabuteau. Il y a longtemps que j'ai prouvé que le bromure de potassium diminue la production d'urée, mais je croyais avoir donné la même preuve pour l'iodure de potassium. Evidemment, l'un de nous deux se trompe; ce sont des expériences à recommencer.

M. Bouchard insiste : ses observations sont des plus nettes et ne prêtent point à l'équivoque, la quantité d'urée a toujours été augmentée.

M. Cl. Bernard annonce à la société que M. Raymond demande à résigner ses fonctious de trésorier. Il propose de nommer M. Carville à sa place. — M. Carville est uommé. — Par un nouveau vote, la société proclame M. Hardy, archiviste, en remplacement de M. Carville. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1873. — Présidence de M. Depaul.

Après la lecture de la correspondance et différentes communications, le président annonce une vacance dans la section d'anatomie pathologique, puis l'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *typhus exanthématique.*

M. Chauffard vient soutenir et développer son opinion. Pour lui le typhus ne nait pas sur place et sous l'influence de certaines conditions, il est toujours importé. La *famine* et l'*encombrement* ne font que favoriser son développement. L'orateur passe en revue les différentes épidémies signalées par MM. Bouchardat et Fauvel; dans toutes, il trouve des traces d'importation. En Algérie, par exemple, le typhus fut importé à la suite de la guerre de Crimée; longtemps il resta en Kabylie et ce n'est qu'à l'époque de la famine en 1868 et sous son influence qu'il se propagea. Quant aux causes qui font que la maladie est endémique en certains pays, elles doivent tenir, ou à l'air, ou au climat ou à d'autres conditions qui sont encore à trouver.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai. — Présidence de M. Charcot.

Outre les communications que nous avons reproduites textuellement, nous citerons : 1° un cas de *tuberculose des organes génito-urinaires*, par Cazalis ; — 2° un cas de *sarcome de l'avant-bras,* chez un homme de 22 ans, observé par Lemaistre; — 3° un exemple d'*abcès de la paroi abdominale* consécutif à une *péritonite enkystée*: causée elle-même par des *calculs de la vésicule biliaire* (Viollet).

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Charcot.

Gomme du cerveau ; Aphasie ; par Bourceret et Coussy.

Bécé Jean-Marie, 43 ans, cordonnier, entré le 13 janvier

1873, à Bicêtre (service de M. DESCROIZILLES), mort le 5 mai 1873.

Le malade a joui d'une bonne santé jusqu'au commencement de 1862. Il n'avoue pas d'antécédents syphilitiques. Sa famille ne nous donne aucun renseignement. Il y a un an, au commencement de 1872, il est pris d'embarras de la parole (aphasie). En même temps apparaissent dans le cuir chevelu de petites tumeurs qui disparaissent après un certain temps, L'aphasie diminue mais ne disparaît pas.

Quelques mois après, paralysie du bras droit qui s'efface rapidement. Six semaines après cette deuxième attaque en survient une troisième dans laquelle les troubles de la parole s'accentuent.

Enfin le 12 janvier, quatrième attaque, aphasie presque complète, paralysie faciale droite, engourdissement dans les membres du côté droit.

14 *janv.* 73. On constate à la visite une paralysie faciale droite, incomplète ; la langue est fortement déviée ; mais l'engourdissement des membres a disparu. Le malade ne peut dire que oui ou non ; il ne compte que 1 et 2 ; il comprend assez bien nos questions, cependant il y a un affaiblissement notable de l'intelligence. Le malade a de la céphalalgie. Pas de fièvre.

Pas de traces de syphilis sur le corps. On porte le diagnostic : tumeur cérébrale, siégeant dans la corne frontale gauche peut être syphilitique malgré les négations du malade ; *traitement,* iodure de potassium, séton à la nuque.

6 *fév.* Le malade dit quelques mots et peut compter jusqu'à 10.

24 *fév.* Attaques épileptiformes.

25 *fév.* Affaissement considérable, la paralysie faciale est plus marquée ; 126 pulsations. Le 26, amélioration.

28 *fév.* Le malade est beaucoup mieux. Pendant le mois de *mars*, le malade va assez bien, mais l'aphasie et la paralysie faciale persistent.

4 *avril.* Attaques épileptiformes, affaissement très-marqué. Une nouvelle amélioration survient dans la première quinzaine d'avril.

28 *avril.* Nouvelles *attaques épileptiformes.* Céphalalgie profonde.

2 *mai.* Attaques répétées, incontinence d'urine, coma. *Mort* le 5 mai.

AUTOPSIE, le 6 mai 1873. — Rien dans les *os* du *crâne*. — *Cerveau.* — Les circonvolutions cérébrales paraissent comprimées, tassées, — Les ventricules sont dilatés.

Au niveau de la partie postérieure de la face externe de la *corne frontale gauche* , épaississement et adhérences intimes des méninges à la substance cérébrale ; à la coupe on trouve une tumeur qui occupe la partie postérieure des 2e et 3e circonvolutions frontales gauches et une partie de la circonvolution pariétale adjacente. Cette *tumeur* est à peu près sphérique ; elle a environ 3 centim. de diamètre. Elle est assez molle, grisâtre, et présente vers la surface du cerveau 3 noyaux blancs, durs, distincts les uns des autres. On ne peut penser, dans ce cas, qu'à une gomme ou à un gliome. L'examen microscopique sera fait et communiqué. Rien de particulier dans les autres organes.

Sacro-coxalgie gauche ; — Carie du sacrum ; — Mort ; — Autopsie, par STOICESCO, interne des hôpitaux de Paris.

Labo.. Louise, âgée de 35 ans, entre au commencement de février, cette année, dans le service de M. L. LABBÉ, à la Pitié, salle Saint-Jean n° 6. Elle est d'une constitution lymphatique, petite de taille, réglée pour la première fois vers l'âge de 17 ans, depuis cette époque menstrues très-irrégulières ; dans son enfance elle eut plusieurs fois des ophthalmies et des ganglions suppurés, dont on voyait encore la trace sur les parties latérales du cou, au-dessous des angles de la mâchoire inférieure. Elle a trois enfants qui se portent assez bien ; les deux premières couches se sont bien passées, à la suite de la dernière, il y a dix ans, elle éprouva de violentes douleurs dans la région du petit bassin. Jamais de rhumatismes, jamais de syphilis.

Il y a environ un an, étant en traitement pour une bronchite, la malade ressentit, sans cause apparente, des douleurs profondes, assez vives, au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, douleurs qui se répétaient à des intervalles plus ou moins rapprochées, et surtout pendant la marche et la position debout ou assise. De temps en temps genou correspondant était douloureux. La démarche était incertaine, hésitante, de sorte que la malade craignait de s'appuyer sur la jambe. Au bout de deux mois, elle s'aperçoit, pour la première fois que la fesse gauche grossit rapidement ; les douleurs prennent un caractère plus aigu ; bientôt elle commence à boiter. Inquiétée par les progrès de sa maladie, cette femme se décide enfin à entrer à l'hôpital.

A son admission nous sommes frappés de l'état de faiblesse extrême dans lequel elle se trouve ; un bruit de souffle très-manifeste siége à la base du cœur et au premier temps ; les muqueuses sont complétement décolorées ; rien du coté des poumons. Une tumeur grosse à peu près comme une tête de fœtus à terme, fluctuante, sans aucun changement de couleur à la peau, occupait la région supérieure de la cuisse, juste au-dessous du pli fessier disparu ; la malade est dans le décubitus dorsal, la seule position supportable ; la marche, de même que la position assise est très-doulouseuse, la jambe fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, à cause de la position du foyer ; tous les mouvements de l'articulation coxo-fémorale se faisaient librement et sans douleur, avec leur amplitude presque normale. Une mensuration régulière ne révèle aucune différence de longueur. La pression sur le grand trochanter correspondant était indolente, mais en embrassant le bassin, de chaque côté, avec les mains et en cherchant à rapprocher l'un de l'autre les deux os iliaques, on réveillait une douleur vive, profonde, au niveau de l'amphiarthrose sacro-illiaque gauche, de plus, la malade étant couchée sur le ventre, et en pressant tout le long de la colonne vertébrale, on provoquait une douleur très-sensible au niveau du sacrum. On ne remarque ni déviation, ni exagération de courbure sur la colonne. La sensibilité du membre inférieur gauche est un peu émoussée ; de temps en temps la malade ressent des fourmillements dans toute la longueur du membre. On prescrit un traitement tonique : vin quinquina, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

Quinze jours après l'entrée de la malade, M. Labbé pratiqua une *ponction aspiratrice* suivie d'*injection de teinture d'iode* au tiers; bandage compressif. On a retiré plus de 500 grammes de pus de mauvaise nature, très-peu fétide, mêlé de grumeaux. Après cinq ou six jours, la tumeur reprenant les mêmes dimensions, on fait une nouvelle ponction suivie d'une injection de teinture d'iode.

Très-peu de temps après le foyer se remplit de nouveau et en même temps une autre collection se forme vers la région supérieure et interne de la cuisse, qui paraît communiquer manifestement avec le foyer principal ; l'état général est plus grave ; depuis une vingtaine de jours, tout le membre gauche devient œdémateux, la fièvre hectique prend des caractères plus prononcés, et ainsi la malade succombe le 14 avril.

AUTOPSIE faite trente-six heures après sa mort. On trouve que les *muscles fessiers* et *pelvitrochantériens* grisâtres, ramollis et infiltrés de pus sont, pour ainsi dire, englobés dans la collection purulente, que l'on peut suivre facilement jusques dans l'intérieur du bassin, où elle pénètre par la grande échancrure ischiatique ; un second trajet met en communication le foyer postérieur avec le foyer superficiel situé à la partie interne de la cuisse ; d'autres foyers, communiquant avec l'intérieur de l'articulation sacro-iliaque gauche, remplie elle-même de pus, se concentraient non-seulement en arrière, mais encore en avant du sacrum ; les nerfs sacrés, la partie inférieure de la moëlle, les vaisseaux iliaques et le grand nerf sciatique étaient baignés de pus ; les vaisseaux, de même que les nerfs, paraissent intacts.

L'altération principale, et d'après nous *primitive,* on la trouve sur le *sacrum* ; cet os, complétement carié dans toute son étendue, devenu blanc mat, présente tout-à-fait l'aspect d'une éponge ; la carie s'arrête au niveau de ses articulations, supérieure et inférieure, à droite au point d'insertion du ligament sacro-iliaque antérieur.

Les *ligaments sacro-iliaque antérieur*, *postérieur*, et *interosseux*, de même que la synoviale et les cartilages d'encroutement de l'amphiarthrose gauche sont entièrement détruits, on n'aperçoit que quelques vestiges, convertis en une sorte de gelée, du ligament postérieur, au point de son attache sur l'os iliaque. Le *ligament ilio-lombaire*, les *articulations sacro-vertébrales*, *sacro-coccygienne*, *coxo-fémorale* et *sacro-iliaque droite* ne présentent aucune altération ; l'os iliaque a l'aspect normal, son périoste, un peu épaissi, se décolle facilement dans une petite étendue près de son articulation avec le sacrum. Aucune trace de perforation soit dans le vagin, soit dans le rectum. Pas de tubercules dans les poumons, quelques calculs dans les reins.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Mémoire sur le paraphimosis, par le docteur Charles Mauriac médecin de l'hôpital du Midi. — Paris, Ad. Delahaye.

Cette brochure, fort intéressante, est une étude faite avec beaucoup de soin et de détails de la marche du paraphimosis et du traitement qu'il convient de lui appliquer.

Les causes du paraphimosis, le processus pathologique, la gangrène, l'ulcération du bourrelet, les complications diverses de chancres simples ou infectants sont étudiés minutieusement, et les faits allégués par M. Mauriac ont d'autant plus d'importance qu'ils sont le résultat d'une observation déjà longue à l'hôpital du Midi où le paraphimosis se rencontre trop souvent.

Bornons-nous à signaler le mérite de la partie pathologique du travail, et pour ne pas dépasser les limites que doit avoir ce compte-rendu, arrêtons-nous seulement sur deux points du traitement dont le second surtout a de l'importance, car il constitue une innovation, croyons-nous, dans la thérapeutique du paraphimosis.

A propos de la réduction, M. Mauriac donne pour signe certain que la réduction est praticable, la possibilité d'engager l'ongle sons l'anneau constricteur. Il conseille très-justement de faire quelques mouchetures sur les parties œdématiées, et d'en chasser la sérosité par des malaxations répétées pendant un certain temps. Nous ne voulons pas contester l'assertion de M. Mauriac sur la possibilité de réduire le paraphimosis dans les cas qu'il indique ; mais nous pensons que la difficulté et la douleur de l'opération seraient notablement amoindris par un léger débridement. M. Mauriac nous semble trop restreindre les indications de ce procédé. On lira du reste avec intérêt la discussion à laquelle il se livre sur ce point de pratique. La seconde question sur laquelle nous désirons appeler l'attention du lecteur concerne la conduite à tenir lorsque le paraphimosis est irréductible et que des adhérences déjà solides unissent aux corps caverneux les bourrelets du prépuce

M. Mauriac indique le procédé de Malgaigne qui consiste à couper les adhérences en promenant horizontalement entre le prépuce et les corps caverneux la lame d'un bistouri étroit, d'un ténotome par exemple. Tout en approuvant en principe le procédé de Malgaigne, notre auteur est peu disposé à l'employer ; il craint que la mobilité du prépuce ne soit compromise et que plus tard la circoncision ne soit nécessaire.

Que fait donc M. Mauriac ? Il laisse les choses dans l'état et se contente de mettre le sujet dans les meilleures conditions de repos, d'hygiène, pour que l'inflammation tombe rapidement. L'ulcération et le sphacèle, s'il en est survenu sont bientôt réparés, et au bout de huit à quinze jours tout va bien, si ce n'est qu'il reste derrière le gland une sorte de turban ou de jabot formé par le prépuce toujours œdématié, on pourrait presque dire hypertrophié, car les rapports et les communications vasculaires qui existent à l'état normal se sont modifiées, et la tumeur n'a aucune tendance à diminuer de volume.

M. Mauriac enlève cette tumeur de la manière suivante : Il la comprend entre deux incisions l'une située immédiatement au-dessus du sillon glando-préputial, l'autre située un peu plus haut. Ces deux incisions sont transversales et se rejoignent par leurs extrémités de chaque côté du frein, de manière à circonscrire un lambeau en ellipse allongée. Ce lambeau étant disséqué, les bords de la plaie sont unis par des serre-fines et presque toujours la réunion se fait par première intention et donne un excellent résultat.

L'objection principale que j'adresserai à cette méthode de traitement du paraphimosis irréductible, c'est qu'elle exige un repos relativement très-long ; en effet avant que l'inflammation ne soit tombée, les ulcérations ou les eschares guéries, il se passe un temps assez considérable pendant lequel le malade est condamné au repos ; tandis que si l'on opère soit par un débridement, quand ce procédé est applicable, soit par l'incision sous-cutanée, et que l'on parvienne à réduire, l'inaction forcée du malade est réduite à un temps très-minime. Quant à la circoncision que l'on peut être forcé de faire ensuite, elle n'est ni plus sérieuse ni plus longue à guérir que l'ablation consécutive du bourrelet.

M. Mauriac ne donne pas de chloroforme pour la réduction du paraphimosis. Il ne dit pas s'il en donne pour l'opération consécutive. Cette dissection doit-être assez douloureuse pour que l'on soit conduit très-légitimement à employer l'anesthésie.

Nous bornerons ici ce compte-rendu sommaire et nous conseillerons, en terminant, la lecture de l'excellent mémoire de M. Mauriac. A. Malherbe

PHARMACOLOGIE

I. De l'emploi du podophyllin contre la constipation habituelle. (*Gazette hebdomadaire*, 16 mai 1873).

Ce médicament employé depuis longtemps en Amérique, fut introduit en France, il y a une dizaine d'années par Trousseau ; puis tombé dans l'oubli, son emploi est de nouveau préconisé et ses propriétés étudiées par le docteur Constantin Paul.

Le *podophyllum peltatum* (vulgairement pomme de mai), est une plante qui croît en abondance dans les prairies de l'Amérique septentrionale. Son rhizome fournit un certain nombre de tiges se divisant en deux pédicules qui supportent une feuille profondément lobée. La fleur blanche éclot au printemps et est remplacée par un fruit, mur en automne ; de la grosseur d'un limon, ayant la saveur et l'acidité du citron.

Le rhizome se rencontre dans les pharmacies en fragments bruns à l'extérieur et blanchâtres à l'intérieur ; sa saveur est amère, âcre et nauséeuse ; son odeur légèrement vireuse se rapproche de celle de l'ipéca ; elle contient un principe amer sans action purgative ; et deux résines distinctes, dans lesquelles semblent exclusivement résider les propriétés de la plante.— Aussi cet extrait résineux (le *podophyllin* ou la *podophylline*) est employé de préférence à la racine. — Il doit être préparé, d'après M. Deschamps (d'Avallon), de la façon suivante : « On soumet le rhizome du podophyllin pulvérisé à la lixiviation avec de l'alcool concentré, puis on fait évaporer la solution alcoolique de façon à obtenir un extrait de consistance sirupeuse ; on mélange cet extrait à trois fois son poids d'eau froide et on laisse déposer la matière résineuse On lave de nouveau la résine après l'avoir filtrée, et on la fait sécher.

0,2 cent. suffisent pour produire une selle ; il faut porter la dose à 0,10 ou 0,10 cent. si l'on veut avoir une action purgative. Trousseau l'associait à la Belladone dans la formule suivante :

Podophylline....................	0,02 cent.
Extrait de Belladone..............	0,01 —
Racine de Belladone...............	0,01 —

Pour 1 pilule à prendre, le soir en se couchant.

La poudre du rhizome s'emploie à la dose de 0,50 cent. a 1 gr. Son emploi à petite dose détermine une selle facile, sans irritation de la muqueuse intestinale, ni coliques. C'est par ce mode d'action spécial qu'elle se recommande dans la constipation habituelle.

II. Traitement du coryza aigu.

Dans une note adressée au *Courrier médical* (31 mai 1873).

Le docteur Smith (de Moscou) préconise un remède imaginé et considéré comme infaillible par le docteur Hager, contre le coryza aigu.

L'*Olfactorum anticatarrhoicum* est ainsi composé :

Acide carbonique pur	5	grammes.
Alcool rectifié	15	—
Liqueur ammoniacale caustique	5	—
Eau distillée	10	—

Mêlez et enfermez dans un flacon bouché à l'émeri.

On fait respirer quelques gouttes versées sur du papier buvard, dans le coryza ; il en abrège le premier stade, préserve du second et en mitige tous les symptômes.

III. Nouveau mode de préparation du protoiodure de mercure.

On sait combien est variable la composition de ce sel fort employé dans la thérapeutique de la syphilis. Soit qu'on l'obtienne, en effet, par la combinaison directe de l'iode et du mercure ; ou mieux par la double décomposition d'un sel mercureux par un iodure alcalin ; il y a toujours formation d'une certaine quantité de biodure et de mercure métallique. (Les sels mercureux n'étant solubles dans l'eau qu'à la faveur d'un acide qui favorise cette formation).

M. Lefort est parvenu a obtenir un produit parfaitement pur et défini, en trouvant un dissolvant du sel mercureux. 60 grammes de pyrophosphate de soude sont dissous dans 300 grammes d'eau. On y ajoute 30 grammes d'acétate mercureux qui se dissout entièrement en quelques heures.

Il se forme un sel double, très-soluble dans l'eau, qui, traité par l'iodure de potassium, donne un précipité de protoiodure de mercure pur. Celui-ci peut cependant contenir des traces de biodure, si l'acétate mercureux n'était pas parfaitement pur ; on l'en débarrasse par des lavages à l'iodure de potassium.

IV. Lacto-phosphate de chaux.

Il n'y a aucune analogie, suivant M. Ch. Menière (d'Angers), (*Répertoire de pharmacie*, 25 janvier 1873), entre le lacto-phosphate de chaux chimiquement pur, et celui du commerce ; le premier est soluble dans l'eau et dans l'alcool ; le second y est insoluble : il y a séparation de l'acide lactique et du phosphate de chaux. La préparation d'un bon sirop est donc impossible avec ce dernier sel.

Aussi M. Ch. Ménière prépare le sirop de lacto-phosphate de chaux de la façon suivante :

Lactate de soude bien blanc et en plaques	1	gramme.
Phosphate acide de chaux soluble	4	
Sirop de sucre bien blanc	395	—
Essence de citron, quelques gouttes.		

Il fait fondre ensemble les deux sels dans un peu d'eau distillée, à une très-basse température, et ajoute la solution au sirop de sucre à froid ; et obtient ainsi une préparation d'une limpidité parfaite.

Ce lacto-phosphate de chaux sodique doit être préféré au produit vendu aux pharmaciens sous le nom de lacto-phosphate de chaux et qui n'est qu'un simple mélange d'acide lactique et de phosphate de chaux bibasique. H.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. Gallard médecin de la Pitié. Chez J. B. Baillière. Paris. 1873.

L'ouvrage que l'auteur vient de publier, est une série de vingt leçons faites, soit à l'hôpital Lariboisière, soit à la Pitié. Dans ce volume qui a près de 800 pages et qui comprend 94 figures, M. Gallard n'a point eu l'intention de passer en revue toute la pathologie féminine ; il s'est borné à n'en décrire que quelques points, ceux d'ailleurs qu'il importe le plus de connaître et en s'appliquant à donner son opinion personnelle sur chacun d'eux.

Les *quatre premières leçons* sont consacrées à quelques considérations relatives à l'anatomie normale des organes génitaux de la femme, et à l'exposé des moyens physiques d'exploration de ces organes.

Nous trouvons décrit avec soin les caractères physiologiques des organes génitaux à l'état sain, ce que l'auteur appelle « *le diagnostic de l'état sain.* »

Puis on passe en revue les moyens d'exploration physique tels que : 1° l'inspection de la paroi abdominale par la vue, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration : 2° le toucher vaginal ou rectal, 3° l'examen au spéculum ; 4° l'exploration de la cavité utérine soit par le cathétérisme, soit à l'aide du doigt lorsque le col a été préalablement dilaté.

L'auteur a aussi passé en revue les divers spéculums qui ont été employés. Il donne la préférence au spéculum bivalve de Ricord qu'il considère comme le meilleur au point de vue de l'exploration des organes génitaux.

Quant à l'emploi du spéculum intra-utérin, il le considère comme utile. — Le cathétérisme utérin au contraire est mis au rang des moyens de diagnostic les plus importants.

La *cinquième leçon* renferme l'étude de la métrite parenchymateuse aiguë. Mais dans cette étude l'auteur reconnait la nécessité de décrire séparément comme deux maladies parfaitement distinctes la métrite simple et la métrite puerpérale. Il ne pense pas que la métrite simple puisse jamais se terminer par suppuration.

La métrite parenchymateuse indépendante de l'inflammation séreuse ou muqueuse est très-rare ; mais bien que rare, elle n'en existe pas moins.

L'auteur passe ensuite en revue les symptômes de la maladie et il admet que la métrorrhagie est rare, tandis que la dysménorrhée est fréquente. Il rejette les métrites partielles admises par Lisfranc et par Boivin et Dugès.

La seule variété de métrite parenchymateuse aiguë qu'il soit possible d'admettre est la métrite des filles vierges qui se distingue de celle des femmes par une cavité plus grande et qui survient à l'époque où s'établit la fonction menstruelle.

Quant à la métrite qui survient après l'accouchement et que Chomel a appelée *Post puerpérale*, elle est caractérisée par une marche subaiguë et pour ainsi dire chronique d'emblée.

Les *sixième et septième leçons* sont consacrées à la métrite interne ou muqueuse aiguë appelée aussi métrite hémorrhagique. C'est seulement dans la forme aiguë que la muqueuse peut ainsi s'enflammer isolément, et l'inflammation peut siéger soit du côté de la cavité du corps soit du côté du col, cette dernière est rarement indépendante de celle du parenchyme.

L'inflammation de la muqueuse du corps est aiguë ou chronique.

Les lésions de la métrite interne aiguë consistent en une injection, un épaississement de la muqueuse qui peut être soulevée par des ecchymoses ou plus rarement par l'infiltration purulente. L'épithélium se détache et il peut en résulter des ulcérations, peu profondes. Les follicules muqueux sont enflammés et leurs orifices dilatés renferment du sang ou du muco-pus.

La forme chronique est caractérisée par la production de végétations, de granulations, intra-utérines, de polypes muqueux.

La métrorrhagie est un des caractères essentiels de la maladie d'où le nom de métrite hémorrhagique qui lui a été donné Chemin faisant, l'auteur nous avertit qu'il rejette complétement l'existence de la métrorrhagie essentielle, des fluxions, des engorgements actifs, des leucorrhées essentielles.

La métrite interne est une maladie de la période d'activité sexuelle de la femme qui peut survenir sous l'influence de causes diverses et surtout à la suite des accouchements et des avortements.

Contre cette maladie l'auteur préconise les injections intra-utérines de certains liquides caustiques, auxquelles il ne reconnait pas les dangers que lui ont attribués beaucoup d'auteurs. En revanche, il s'abstient du râclage de la cavité utérine à l'aide de la curette de Récamier.

Les *leçons huitième, neuvième, dixième, et onzième* renferment l'étude de la métrite chronique. M. Gallard rejette les termes d'engorgement, d'hypertrophie, d'induration de l'utérus, puis il

étudie les lésions du parenchyme et celles de la muqueuse. Il reconnaît à la maladie deux degrés auxquels correspondent des lésions différentes : le 1er degré est caractérisé par la tuméfaction, la vascularisation, l'hypérémie du parenchyme, le 2me par l'induration, l'anémie, l'exubérance du tissu conjonctif, par une véritable sclérose de l'utérus.

Les lésions de la muqueuse consistent en ulcérations résultant de l'inflammation des follicules mucipares, et en polypes muqueux.

Ces ulcérations n'ont qu'une importance très-restreinte eu égard à celle du parenchyme. Quant aux diverses variétés d'ulcérations admises par les auteurs, M. Gallard ne les admet pas et il ne reconnait du côté du col que les ulcérations inflammatoires, syphilitiques et cancéreuses.

Dans la métrite chronique il existe des troubles de la menstruation assez opposés tels que métrorrhagies, amenorrhée, dysménorrhée membraneuse, dont l'auteur nous fournit l'explication. — Relativement à l'action de la grossesse sur la métrite chronique elle serait favorable, pourvu toutefois quelle puisse arriver à terme.

Dans la leçon qui est consacrée au traitement de la maladie, on trouvera des indications précieuses qui permettront au praticien d'instituer un traitement rationnel lorsqu'il se trouvera en face d'une malade atteinte de métrite chronique.

La *douzième leçon* est consacrée à l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, qui a été confondu à tort avec la chûte de la matrice. M. Gallard donne le dessin de pièces anatomiques qu'il a recueillies dans son service à l'hôpital et qui permettent de constater d'une façon manifeste cet allongement.

Le traitement de l'allongement hypertrophique doit consister dans l'amputation conoïde du col institué par Huguier, et non dans l'emploi de pessaires qui sont non-seulement inutiles mais même nuisibles.

Les *leçons douzième et suivantes jusqu'à la seizième* inclusivement renferment l'étude des tumeurs fibreuses et du cancer de l'utérus. Dans ces leçons l'auteur s'est borné à exposer à ce sujet l'état actuel de la science.

Dans les *dix-septième et dix-huitième* il étudie l'hématocèle péri-utérine. Sous ce nom, il désigne non toutes les collections sanguines qui peuvent se produire dans le petit bassin de la femme, mais exclusivement celles qui sont liées à un trouble ou à une lésion des organes génitaux de la femme. La partie la plus originale de ces deux leçons est celle qu'il consacre à la pathogénie de cette maladie, et où il admet que l'hématocèle spontanée doit être considérée comme une ponte intra-utérine, l'ovule étant fécondé ou non.

L'ovarite comprend *les leçons dix-neuvième et vingtième*. Cette maladie si obscure est étudiée avec le plus grand soin et nous voyons que, malgré des difficultés considérables de diagnostic, elle peut cependant être distinguée des autres maladies des organes génitaux. L'auteur dans ces leçons a voulu avant tout nous donner les résultats de son expérience personnelle il ne s'est point perdu en discussions plus ou moins subtiles et il a toujours eu soin de faire courber la théorie devant les faits.

L'ouvrage que nous venons de lire sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux maladies des femmes et sera pour eux un guide sûr.

Nous terminerons en exprimant le regret de ne pas trouver dans ce volume une étude complète des maladies des femmes; mais nous nous consolons à la pensée que l'auteur viendra bientôt, comme il le promet d'ailleurs, combler cette lacune.

Dr. A. LE BLOND.

Etude sur la phthisie diabétique, par le Dr BERTAIL. — Br. in-8° de 72 pages, Ad. DELAHAYE libr. édit.

Le diabète, atteignant à la fois un grand nombre d'organes, dans leur fonctionnement, provoque des troubles nombreux dont quelques-uns prennent une importance telle qu'ils accèlèrent la marche de la maladie et entrainent promptement la mort. C'est surtout le cas pour les lésions du poumon, et principalement pour la phthisie pulmonaire. Malgré les cas fréquents qui ont été observés, nous ne connaissons pas d'étude spéciale sur les rapports du diabète avec la phthisie pulmonaire, aussi croyons-nous que M. Bertail a fait un travail utile en réunissant les faits épars dans les livres et dans les publications périodiques, pour les grouper et les contrôler les uns par les autres.

Peut-on, à l'aide des faits observés, donner une opinion, tenter une théorie sur la pathogénie de la phthisie diabétique? Il y a encore là beaucoup d'obscurité; nous croyons toutefois qu'il serait plus rationnel de rechercher avec M. Bouchardat la cause de la phthisie diabétique, non pas dans une action spéciale, en quelque sorte spécifique, de la glycosurie sur les voies respiratoires mais plutôt dans l'action générale de cette maladie sur l'organisme. Il en serait ici comme chez ces malheureux épuisés par des suppurations intarissables ou des privations de toute sorte qui se tuberculisent lorsque les ressources de l'économie ont été entièrement consommées et que nous voyons si fréquemment mourir de la phthisie pulmonaire. — En un mot la fréquence de la phthisie pulmonaire dans le cours du diabète s'explique par l'action dépressive si puissante que cette maladie possède sur l'organisme. — Telle est la principale conclusion que l'on peut tirer des faits groupés par M. Bertail.

G. P.

Du traitement de la Coqueluche par l'hydrate de chloral et le bromure de potassium, par le Dr P. ARMAND. — Br. in-8°, de 48 pages, Delahaye, édit.

Cette thèse renferme une série de vingt-trois observations de coqueluche traitées presque exclusivement par l'hydrate de chloral et par le bromure du potassium. C'est là le côté intéressant de cette monographie dans laquelle cependant on trouve un chapitre consacré à l'examen des différentes opinions émises par les auteurs sur la nature de la coqueluche. Rien, du reste, de nouveau dans cette première partie, sinon qu'elle permet peut-être de tirer quelques éclaircissements sur le mode d'action des médicaments dans cette maladie.

Les faits suivants paraissent ressortir de la lecture du travail de M. Armand; nous les donnons sous forme de conclusions.

1° La coqueluche est une affection à la fois catarrhale et spasmodique, mais à symptômes nerveux prédominants, quand elle est exempte de complications. Elle est de nature spécifique mais elle n'a pas une marche fixe et déterminée. L'art peut intervenir efficacement pour abréger sa durée et atténuer son intensité.

2° Le bromure de potassium et l'hydrate de chloral paraissent donner de bons résultats puisque sous leur influence le nombre et l'intensité, des quintes vont en diminuant, les vomissements cessent et la durée de la maladie est abrégée.

3° Le bromure de potassium sera employé avec avantage au début de la période convulsive; l'hydrate de chloral dans la période convulsive confirmée.

4° Ces médicaments, mais surtout le chloral, sont contre-indiqués dans les coqueluches compliquées de bronchites internes ou de broncho-pneumonies.

G. PELTIER.

Sur la tuberculose de la peau, par le professeur BIZZOZERO (de Turin.) Traduit du *Centralblatt*, n° 19, 1873.

Il s'agit d'un enfant de 15 ans qui depuis des années présentait des accidents graves de scrofule. L'autopsie a donné les résultats suivants: Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne et de l'articulation phalangienne du pouce; tuberculose pulmonaire avec péribronchite; tuberculose intestinale avec larges ulcérations; dégénérescence graisseuse et inflammation chronique interstitielle des reins; infiltration graisseuse du foie; abcès caséeux du volume d'une noisette sous la peau de l'avant-bras gauche; nombreux ulcères cutanés particulièrement au coude, sur la moitié droite du visage, sur l'épaule gauche.

Les ulcères sont de grandeur variable, de 2 cent. et davantage; quelques-uns ont 1 à 2 millimètres de profondeur, d'autres sont des excoriations tout à fait superficielles. Les bords sont sinueux et irréguliers. La peau est, au voisinage, légère-

ment tuméfiée et pigmentée. Parfois on constate sous les ulcères, dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané de petits nodules assez durs.

L'*examen microscopique* a donné les résultats suivants : Les papilles, au voisinage de l'ulcère, sont augmentées de volume, leurs vaisseaux dilatés, les cellules conjonctives très-pigmentées. De nombreuses cellules migratrices entourent les vaisseaux de la peau et les glomérules des glandes sudoripares. On observe une infiltration cellulaire plus considérable encore sur les bords et au fond de l'ulcère ; ces couches superficielles de ce tissu infiltré sont ramollies et les éléments réduits en détritus granuleux. Aussi bien sur le fond de l'ulcère et sur les bords que sur la peau qui le limite, on trouve de nombreux tubercules isolés pour la plupart. Ils se composent d'une cellule géante entourée de nombreuses cellules épithélioïdes. En beaucoup d'endroits, ces tubercules cutanés sont superficiels et directement recouverts par l'épiderme.

A l'examen microscopique, on a trouvé également des tubercules dans les glandes lymphatiques inguinales, dans les poumons et l'intestin. Il est probable que la tuberculose est souvent la cause des ulcères scrofuleux de la peau. (1) D.

Chronique des hôpitaux

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Clinique les mardis, jeudis, samedis. Salle des femmes : 15, tumeur ganglionnaire, probablement squirrheuse, de l'aisselle gauche ; 22, Ecthyma et ulcères des deux jambes, surtout à gauche ; 24, Grossesse presqu'à terme ; luxation spontanée et ankylose à la suite d'une coxalgie non suppurée ; 25, Erythème chronique avec ulcères variqueux.

Salle des hommes : 22, kyste synovial à la partie interne du genou droit, avec fistule externe superficielle ; 29, rétrécissement de l'urèthre, infranchissable avec la sonde ; rétention d'urine ; très-peu de miction par regorgement ; 38, ulcères variqueux croûteux des deux jambes, avec mal perforant aux deux pieds ; 41, sarcôme ou tumeur fibro-plastique à la partie interne de la cuisse gauche ; 43, hydarthrose aiguë très-volumineuse du genou droit.

Hôpital Ste-Eugénie. — Service de M. SÉE. — Salle Napoléon : N° 2. Enfant âgé de 6 ans ; ostéo périostite phlegmoneuse, des os de la jambe droite et de la jambe gauche. Début par les phénomènes généraux qui se sont très-rapidement améliorés à la suite de l'ouverture des abcès ; — N° 8. Enfant âgé de 10 ans ; fracture du coudyle externe du fémur. Rupture du tendon d'insertion de la rotule à la tubérosité antérieure du tibia ; forte saillie du coudyle interne ; épanchement sanguin considérable ; étiologie chute de plaques de zinc sur la jambe ; — N° 19, Enfant âgé de 4 ans ; calcul de la vessie. (Début des accidents il y a un an). Le diagnostic se fait également bien par le toucher rectal et par le cathétérisme ; — N° 34. Fracture avec enfoncement des os du crâne à la réunion du frontal et du pariétal droit ; — N° 15. Enfant âgé de 7 ans et demi ; hydrocèle enkysté de l'épididyme ; — N° 42. Enfant âgé de 12 ans ; amputation du globe de l'œil ; hémorrhagie intra-oculaire ; caillot sanguin considérable, occupant toutes les cavités de l'œil qui avaient été vidées, à la suite d'un choc sur le bois d'une chaise. La dureté considérable des caillots pouvant au premier abord, en imposer pour une tumeur solide.

Salle Ste-Eugénie : N° 4. Fracture comminutive de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Service de M. BARTHEZ. — Salle St-Benjamin : N° 1. Mal de Pott, paraplégie ; — N°s 5, 11, 12, 25. Croup opéré ; — N° 7. Scarlatine angine ; — N° 15. Polyurie ; — N° 16. Tuberculisation consécutive à la rougeole ; — N° 20. Méningite tuberculeuse ; — N° 24. Péritonite tuberculeuse ; — N° 29. Tumeur cérébrale (hémiplégie gauche)

Salle Ste-Mathilde, filles : N° 1. Péritonite tuberculeuse ; — N° 20. Mal de Pott, paraplégie ; — N° 21. Méningite tuberculeuse ; — N°s 24 et 25. Pleurésie purulente empyème ; — N° 5. Chorée.

Hôpital Beaujon. — Service de M. DOLBEAU, n° 5; Fracture de la jambe compliquée de plaie ; — 7, fracture chez un alcoolique : accès de delirium tremens ; — 1, gommes multiples de l'avant-bras droit ; — 21, cancer de l'orbite ; — 22, tubercules de l'épididyme retention d'urine ; — 25, Cancroïde du voile du palais ; — 31, mal sous-occipital ; — 36, ulcère du gros orteil : gangrène trophique par lésion du nerf sciatique poplité externe ; — *Femmes* : — 2, gomme du dos du nez : nécrose des os propres ; — 18, division congenitale de la voûte palatine et du voile du palais ; — cystosarcome de l'ovaire : ascite, péritonite chronique ; — 29, gomme ulcérée de la paroi postérieure du pharynx ; — 42, contracture hystérique des adducteurs de la cuisse droite.

Service de M. GUBLER. — 1, paralysie saturnine des membres supérieurs et des faisceaux postérieurs des dedtoïdes ; — 24, Paralysie labio-glosso-laryngée ; — 33 fièvre tierce traitée sans succès par le sulfate de cinchonine.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — 8, 13, 15, phlegmons du ligament large ; — 2, 7, paralysie générale ; — 4, fièvre intermittente traitée par le picrate d'ammoniaque ; — 11, 20, 17, rhumatismes articulaires traités par l'*amylamine*.

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale, M. BÉHIER. — Leçons les lundis et vendredis. — Séance d'anatomie pathologique les mercredis. — Clinique chirurgicale. M. RICHET. — Leçons les mardis et samedis.

Service de M. FAUVEL, Salle St-Julien : n° 3, affection mitrale ; n° 4, insuffisance aortique ; n° 15, pleurésie purulente, opération de l'empyème.

Ste-Anne : n° 18, Pyo-pneumothorax avec fistule pleuro-bronchique et pleuro-cutanée (ouverture à la région *lombaire*) ; n° 22, affection cardiaque ; pleurésie ; n° 24, rhumatisme noueux avec affection cardiaque chez une femme de 20 ans entrée au mois d'avril pour un érythème marginé.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Cours cliniques et pratiques sur les maladies mentales et nerveuses*. Ce cours est fait successivement par MM. Dagonnet, P. Lucas, Magnan et Boucherean. — Avant chaque leçon, examen direct par les élèves. — 29 juin, M. PROSPER LUCAS. De l'action des milieux ou des lieux et des temps, sur les causes, les formes et la transmission sympathique du délire passionnel ou morbide.

Hôpital Lourcine. — *Maladies syphilitiques*. M. Alfred FOURNIER fait des leçons cliniques tous les jeudis, à 9 heures. MM. les étudiants doivent se munir d'une carte spéciale au secrétariat de la faculté.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau*. — M. HARDY : Leçons le vendredi, à 9 heures. — M. LAILLER : Leçons, le samedi, à 8 heures et demie. — M. HILLAIRET : Leçons, le mercredi, à 9 heures et demie. — M. GUIBOUT : Conférences, les lundis et mardis, à 8 heures et demie.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le Dr DUPLAY. — Leçons de cliniques chirurgicale tous les mardis à 9 heures.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Du 7 au 13 juin, il y a eu 742 décès du 14 au 20 juin, 702 décès. Rougeole, 10 au lieu de 15 ; — fièvre typhoïde 3 au lieu de 14 ; — érysipèle 5 an lieu de 11 ; — bronchite, 22 ; — preumonie, 32 ; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3 ; — augine couenneuse, 15 ; — croup, 14.

LYON. Du 2 au 15 juin, 327 décès. Rougeole, 12 ; — fièvres continues, 11 ; — bronchite aiguë, 13 ; — pneumonie, 31 ; — dyssenterie, 3 ; — diarrhée et entérite, 8 ; — croup, 3 ; — Affections puerpérales, 7 ; — affections cérébrales, 56.

LONDRES. — Du 8 au 15 juin, 1090 décès. Rougeole, 33 ; diphthérie 11 ; — croup, 8 ; coqueluche, 57 ; dyssenterie, 3 ; diarrhée, 18.

CHOLÉRA. *Etats-Unis.* — Une dépêche de New-York ; en date du 18 juin annonce que « le choléra a éclaté dans le *Tennessee*. Il y a eu trente-cinq morts à Nashville. » — Le choléra fait des progrès dans le Kentucky ; d'après une dépêche de New-York, il y aurait eu le 20 juin, 73 morts à Nashville. Le Président Grant a eu une forte attaque de choléra.

Roumélie. — On mande de Terapia quelques cas de choléra ont été constatés à Rustchuk et à Schoumla. Les passagers venant de ces localités sont soumis à nne quarantaine de 10 jours à Varna.

— Les avis de *Rustchuk* portent que le choléra a éclaté dans cette ville. (Dépêche de Constantinople, 21 juin).

Prusse. — Un arrêté de la justice (*Danemarck*) motivé par l'apparition du choléra asiatique à *Dantzig*, prescrit la mise en vigueur des mesures légales destinées à prévenir l'invasion de l'épidémie cholérique pour tous les navires venant de Dantzig.

— A la date du 21 juin, il y avait eu 42 cas de choléra à bord des flotteurs polonais de la Weichsel. Sur ce nombre, il y aurait eu 25 décès. Jusqu'au 21 juin, on n'avait pas observé la maladie à Dantzig. (*Union méd.*, 21 juin).

ENFANTS ASSISTÉS. Sur le rapport de M. Thulié, le Conseil municipal de Paris approuve la création dans le service des Enfants-Assistés de deux sous-inspections, l'une dans l'arrondissement de Tonnerre, l'autre dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou. (*Séance du 14 juin*).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sur le rapport de M. Combes, le Conseil municipal émet un avis favorable à l'acquisition par l'Assistance publique d'une parcelle de terrain, rue de Turtille, au prix de cinq cents francs, et à l'exécution de divers travaux de l'hôpital de Lourcine (*séance du 21 juin.*)

HYGIÈNE PUBLIQUE. Un bruit alarmant pour la santé publique s'était répandu. On disait qu'un certain nombre des porteurs de viande de la halle avaient été atteints par le charbon. Une enquête a relevé les faits suivants : Dans l'espace de 15 jours, cinq ouvriers employés à la halle à la viande ont éprouvé à la suite d'écorchures insignifiantes, des accidents inflammatoires graves. Il s'agit, d'après le dire des inspecteurs, d'une inoculation analogue

(1) Comparez : Coyne. — *Note sur un cas d'érysipèle tuberculocaséeux observé dans le cours de la phtisie pulmonaire*. In *Archives de Physiologie* 1871.

à celle dont les élèves du Muséum (?) sont souvent victimes, inoculation qui se produit d'autant plus facilement que la décomposition des chairs est plus avancée. Dans tous les cas, il ne s'agit pas du charbon ni de la pustule maligne. (*La Tribune médicale*).

— Il nous semble qu'en pareil cas, l'enquête devrait être faite par des personnes compétentes et comme il existe un conseil d'hygiène publique et de salubrité, les enquêtes de ce genre devraient être faites par lui.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Ce conseil a tenu le 17 juin sa seconde séance. Il a été procédé sur les propositions de la Commission nommée à cet effet, à l'élection des 4 membres de l'*enseignement libre*. Les membres élus sont : le frère Joseph, directeur de l'école commerciale du faubourg Saint-Antoine ; M. de la Ruelle, directeur de l'école industrielle de Rouen ; M. l'abbé Bourgeois, directeur de l'école d'enseignement secondaire libre de Pontlevoy. M. Aubert, président de l'association des chefs d'institutions libres des départements de la Seine, de Seine-et-Marne et de Seine-et-Oise. — Cette liste, paraît-il, serait *meilleure* qu'on aurait pu l'espérer : En effet, le *frère* Joseph, a été élu contre le *père* Dulac de la société de Jésus qui lui était opposé, comme concurrent...

PRIX. La *Société des sciences médicales et naturelles* de Bruxelles met au concours les questions suivantes : 1° Discuter l'état actuel des opinions relatives au rôle des microphytes dans la pathogénie des maladies. — 2° Faire l'histoire et rechercher la nature des paralysies diphthéritiques. — 3° Des modifications que peut présenter l'urine sous l'influence de l'état puerpéral. Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. est affectée à chacune de ces questions.

4° Question laissée au choix des concurrents, concernant un sujet quelconque de la médecine, de la chirurgie et de la toxicologie. — 5° Question laissée au choix des concurrents, concernant un sujet quelconque des sciences chimiques, pharmaceutiques, ou de l'art vétérinaire. Pour chacune de ces questions, une médaille de la valeur de 100 fr.

6° (*Prix Dieudonné*). Apprécier la valeur comparative des agents chimiques diffusibles, employés à l'assainissement de l'air confiné ou vicié notamment dans les salles de chirurgie des hôpitaux. (Médaille d'or de la valeur de 300 fr.).

7° (*Prix Seutin*). Faire l'examen raisonné des méthodes et des moyens de déligation introduits dans la pratique chirurgicale, pendant ces dix dernières années; établir, en s'appuyant sur des faits, en quoi ils se rapprochent ou s'éloignent de la méthode amovo-inamovible, et du bandage amidonné dans le traitement des affections chirurgicales et notamment dans celui des plaies, des fractures et des tumeurs blanches. Enfin, s'il y a lieu, faire ressortir les avantages de cette dernière méthode, et les principes qui assureut sa supériorité. La Société a décidé qu'une somme de 1,000 fr. serait pour cette fois affectée à ce prix.

Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être adressés, ceux en réponse aux six premières questions avant le 1er juillet 1874; ceux pour le prix Seutin avant le 1er juillet 1876, à M. le docteur Van den Corput, rue de la Loi, 24 (*Presse méd. belge*, n° 27).

— La *Société de médecine* de Toulouse met au concours — pour 1875 — la question suivante (*Prix J. Naudin*) : *De la conservation des membres dans les plaies pénétrantes des articulations*. Le prix est de la valeur de 500 fr et au-delà. Le lauréat recevra, en outre, 100 exemplaires de son mémoire, sans frais pour lui, jusqu'à concurrence de 100 pages d'impression in-8°. La limite de l'envoi des travaux est fixée au 1er janvier 1875. (*Revue méd. de Toulouse*, n° 6).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS A MM. LES ÉDITEURS. — *Tout ouvrage dont deux exemplaires seront envoyés au* PROGRÈS MÉDICAL, *sera annoncé et analysé. — Tout ouvrage, dont il n'aura été déposé qu'un exemplaire, sera simplement annoncé.*

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole de Médecine.

ARMAND. (P). Du traitement de la coqueluche par l'hydrate de chloral et par le bromure de potassium. In-8° de 48 pages, 1 fr. 50.

BENOIST (J.) Des purgatifs et du sulfovinate de soude. In-8° de 16 pages.

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à l'hospice de la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. 1er fascicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière.* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante, anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In-8° de 64 pages avec figures.

DÉCLAT. Traitement des plaies au moyen de l'acide phénique et des résultats que la nouvelle méthode a donnés pendant le siége de Paris. In-12 de 118 pages, 2 fr.

DU CASTEL. De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche. In-8° de 48 pages, 1 fr. 50.

FOURNIER. (Alf.) Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Un fort vol. in-8° de 108 pages.

GARIMOND (Em.) Traité théorique et pratique de l'avortement considéré au point de vue médical, chirurgical et médico-légal. In-8° de 476 pages. 7 fr. 50.

CRASSET (J.) Etude classique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne. In-4° de 132 pages, 3 fr. 50.

GUÉNIOT. Leçons d'obstétrique faites à l'hôpital des Cliniques, recueillies par le docteur Chantreuil. In-8° de 64 pages, 1 fr. 50.

POTHEAU. Etude sur la valeur étiologique de la ménorrhagie ou exagération du flux menstruel. In-8° de 108 pages, 2 fr.

WASSERZUG. Etudes sur quelques formes compliquées de la fièvre intermittente et sur leur traitement par l'eucalyptus globulus et par les eaux minérales de Lons-le-Saulnier. Examen critique de quelques préjugés médicaux. In-8° de 96 pages, 2 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VE S... — IMP. ... CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 4 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 5 JUILLET 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois.................. 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

SYMPTOMES. — DES TROUBLES DE LA MOTILITÉ LIÉS A LA COMPRESSION SPINALE.

Messieurs,

Avant de poursuivre nos études sur la compression lente de la moelle épinière, permettez-moi de faire passer sous vos yeux, des pièces anatomiques relatives à notre sujet, et que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Liouville.

Dans la paraplégie par le mal de Pott, vous disais-je, la déformation du rachis n'est pas, en règle générale, l'agent de la compression que subit la moelle épinière ; la moelle peut, même en pareil cas, être comprimée sans que la colonne vertébrale présente la moindre trace de déformation. La pièce de M. Liouville met la réalité du fait dans toute son évidence. Le rachis, vous le voyez, n'était ici nullement déformé, bien que le corps de plusieurs vertèbres fut altéré profondément. Le ligament vertébral antérieur au niveau de la lésion osseuse, était comme dilacéré et la matière caséeuse, d'après le mécanisme indiqué par M. Michaud, était venue au contact de la dure-mère, qui en conséquence, sur les points correspondants, présentait un épaississement remarquable (*pachyméningite caséeuse externe).* C'est évidemment cet épaississement de la dure-mère qui avait déterminé la compression spinale. Celle-ci s'est traduite cliniquement par des symptômes de paralysie qui pendant plusieurs mois, comme c'est l'habitude, ont été précédés par des douleurs pseudo-névralgiques simulant une névralgie intercostale (1).

Je reprends actuellement le cours de nos conférences.

Il s'agit, vous le savez, de faire connaître les symptômes qui relèvent directement de la compression lente de la moelle épinière. Nous allons aborder, je ne dois pas vous le dissimuler, une voie longue à parcourir et hérissée de difficultés de tout genre ; mais j'espère que, en établissant de bonnes étapes, nous arriverons au but sans trop de fatigue.

I. Remettons-nous en mémoire les conditions anatomiques à propos desquelles j'ai dû entrer dans quelques développements. La moelle, vous ne l'avez pas oublié, se trouve comprimée, comme étranglée sur un point de son parcours. Or, si dans les premiers temps, il ne s'agit là que d'un phénomène purement mécanique, bientôt, dans l'immense majorité des cas, les éléments qui composent le centre nerveux spinal réagissent à leur manière. Au niveau du point comprimé, se produisent les lésions de la *myélite transverse par compression*, tandis que au-dessus et au-dessous de ce point se développent, suivant les lois que nous avons exposées, les altérations de la sclérose fasciculée secondaire, laquelle occupe, dans le premier cas, la partie médiane des cordons postérieurs et, dans le second cas, la partie la plus postérieure des cordons latéraux.

II. Envisageons donc les choses telles qu'elles se présentent dans les conditions ordinaires; chemin faisant nous relèverons les circonstances exceptionnelles et, pour plus de clarté, prenons comme exemple le cas le plus vulgaire, celui où la lésion siége sur un point quelconque de la région dorsale de la moelle épinière.

Il y a dès maintenant une première distinction à établir. Tantôt, en effet, la compression affecte toute l'épaisseur de

(1) Voir le n° 1 du *Progrès médical.*

(1) Ces pièces provenaient d'un homme âgé de 50 ans environ ; elles ont été recueillies dans le service de M. Béhier. Avant d'être pris de paraplégie, ce malade avait éprouvé pendant plusieurs mois, dans les parois thoraciques, des douleurs localisées sur le trajet des nerfs intercostaux, ce qui un instant avait fait croire qu'il s'agissait là d'une simple névralgie intercostale. Plus tard, en raison de la persistance et du caractère de ces douleurs, on avait l'opinion que la névralgie était symptomatique, mais sans pouvoir encore toutefois, préciser la nature de la maladie primitive. Ensuite survint la paraplégie qui éclaira définitivement le diagnostic. Le rachis jusqu'à la terminaison fatale conserva sa conformation régulière. Encore dans le service de M. Béhier, M. Liouville a observé récemment un autre cas de paraplégie par mal de Pott, également sans déformation de la colonne vertébrale.

la moelle, en travers; tantôt elle ne porte que sur une des moitiés latérales du cordon nerveux. C'est le premier cas — de beaucoup le plus fréquent d'ailleurs, — qui nous occupera tout d'abord.

III. Entrons bien dans la situation que nous devons examiner. Depuis quelques semaines, quelquefois depuis plus longtemps encore, les symptômes dits *extrinsèques*, et parmi eux les douleurs pseudo-névralgiques, occupent seuls la scène. Dans l'hypothèse où nous nous sommes placés, il s'agit uniquement bien entendu de lésions organiques primitivement situées en dehors de la moelle; ce centre nerveux n'a pas encore manifesté sa souffrance. Quels sont les symptômes qui vont inaugurer la série des accidents nouveaux? Sont-ce les troubles moteurs ou les troubles sensitifs? Cet ordre de succession, Messieurs, est difficile à déterminer, dans l'état actuel des choses, faute d'observations recueillies dans l'intention spéciale d'élucider ce fait particulier. C'est là d'ailleurs un point de détail assez secondaire pour le côté pratique, mais qui toutefois pour le côté théorique n'est pas sans quelque intérêt.

En effet, l'existence, à titre de premier symptôme, de fourmillements, de picotements, de sensations de chaud et de froid, dans les membres inférieurs, indiquerait nécessairement, d'après la théorie, que, dès l'origine, les conducteurs de la sensibilité, c'est-à-dire la substance grise, ont subi une modification pathologique importante; car l'expérimentation n'existe que dans des conditions normales, la substance grise ne provoque, sous l'influence des excitations, aucune espèce de sensations. En revanche, les troubles purement moteurs, la parésie ou la paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs sont des phénomènes qui peuvent se produire en dehors de toute modification dans les propriétés des éléments de la moelle, par le fait de la seule interception mécanique de la continuité des fibres nerveuses.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, la réalité paraît être que tantôt les troubles moteurs (parésie des membres inférieurs), tantôt, au contraire, les troubles sensitifs, en particulier les sensations rapportées à la périphérie et indiquant l'irritation de la substance grise (picottements fourmillements, sentiment de constriction, douleurs articulaires, etc.), ouvrent la marche.

IV. Les troubles moteurs, en tout cas, ne tardent pas à prédominer, dans les premiers temps du moins, sur les troubles sensitifs. A part les quelques phénomèmes subjectifs que nous mentionnions tout à l'heure, la transmission des impressions sensitives s'effectue longtemps d'une manière physiologique alors que les mouvements sont profondément altérés et il est même rare qu'elle soit jamais complètement interrompue ou même très-sérieusement intéressée. Il semble que, placée au centre, la substance grise soit protégée contre les causes d'irritation venues de la périphérie. C'est là une particularité reconnue depuis longtemps par l'observation clinique et qui établit un contraste avec ce qui a lieu dans les cas de myélites spontanées ou de tumeurs intra-spinales, cas dans lesquels ces lésions occupent presque constamment, dès leur apparition, les parties centrales de la moelle.

Arrêtons-nous un instant aux *troubles de la motilité*.

A. Au premier degré il s'agit d'une simple *parésie* mais celle-ci se transforme bientôt en une *paralysie* plus ou moins absolue, *avec flaccidité* des membres, en d'autres termes sans rigidité musculaire.

Ce phénomène, en rapport avec l'interruption des cordons blancs, et plus spécialement des cordons latéraux, est conforme aux données de la pathologie expérimentale.

B. Au bout de quelques jours, de quelques semaines, plus tard dans certains cas, plutôt dans d'autres, il se manifeste, dans les membres paralysés, des secousses, des crampes, une *rigidité temporaire* des masses musculaires, autant de symptômes qui relèvent encore de la lésion des cordons latéraux, mais qui indiquent déjà qu'une cause d'excitation a élu domicile dans ces faisceaux. Ce sont là, en somme, les premiers symptômes qu'on puisse rapporter à la myélite descendante des cordons latéraux.

C. Enfin survient la *contracture permanente des membres* qui ne manque à peu près jamais d'exister à une certaine époque de la maladie et qui paraît devoir être rattachée elle aussi à la lésion scléreuse que présentent les cordons latéraux dans le segment inférieur de la moelle. Il est de règle que cette contracture impose d'abord pendant quelque temps aux membres paralyses l'attitude de l'extension; mais tôt ou tard, en général, survient, au contraire l'attitude de la flexion forcée.

D. A cette phase de la maladie, sous l'action combinée de la suppression de l'influence modératrice du cerveau et probablement aussi par le fait de l'irritation dont la substance grise à son tour devient le siége, les propriétés réflexes s'exaltent dans le segment inférieur de la moelle. Alors on voit les membres paralysés se soulever et entrer en convulsion aux moindres attouchements ou encore quand le malade urine ou va à la selle.

Je n'insiste pas sur ces troubles de la motilité qui sont aujourd'hui de connaissance vulgaire. Je me bornerai à vous faire remarquer que l'intensité de la contracture permanente des membres, et surtout de la contracture avec flexion est en général plus prononcée dans la myélite par compression lente qu'elle ne l'est dans la myélite spontanée.

Il en est de même de l'exaltation des propriétés réflexes de la moelle. Il ne faudrait pas néanmoins chercher dans cette différence un caractère diagnostique absolu.

E. Il est de règle aussi dans la myélite par compression, que la vessie conserve en grande partie l'intégrité de ses fonctions pendant un laps de temps relativement considérable, mais des troubles cervicaux plus ou moins accentués peuvent enfin survenir. A ce sujet il y a une distinction à établir.

Si la compression siége très-haut, vers le milieu de la région dorsale, par exemple, on observe en général, de la difficulté dans l'émission des urines. Cette difficulté semble due à ce que les muscles qui jouent le rôle de sphincters restent dans un état de spasme permanent. La volonté ne modifie pas aisément cette contraction permanente et l'émission involontaire des urines, qui se produit quelquefois, en pareil cas, s'opère par regorgement comme on dit.

Au contraire, si la lésion siége très-bas, vers la partie supérieure de la région lombaire, il peut arriver que les sphincters soient paralysés d'une manière continue et les urines s'écoulent alors involontairement.

Il est possible, dans une certaine mesure, de se rendre

compte de cette différence, au premier abord singulière si l'on se reporte à la théorie, fondée sur l'expérimentation émise récemment par M. Budge sur le mode d'action du système nerveux central sur les fonctions de la vessie.

En réalité, selon M. Budge, il n'existerait pas d'autre sphincter de la vessie que les muscles uréthraux (constricteur de l'urèthre et bulbo-caverneux). Les nerfs qui font contracter la vessie viendraient des pédoncules cérébraux. Passant par les corps restiformes, ils pourraient être suivis expérimentalement dans les cordons antérieurs de la moelle jusqu'à l'issue des 3e-5e paires sacrées. Les nerfs qui font contracter les muscles de l'urèthre suivent, toujours d'après M. Budge, à peu près le même trajet et ils offrent ceci de particulier qu'ils sont modifiés dans l'état normal par une influence réflexe qui leur est communiquée par les nerfs centripètes provenant de la vessie. Il se produit là, en conséquence, un acte réflexe qui a pour effet de déterminer la contraction permanente des muscles uréthraux, mais qui peut être modifié ou annihilé même par une sorte d'arrêt que commande la volonté.

D'après cela, toute lésion qui aura pour conséquence d'interrompre dans la moelle, jusqu'à la sortie des 3e, 4e et 5e paires sacrées, le cours des nerfs qui se rendent soit à la vessie, soit à l'urèthre, aurait également pour résultat de laisser subsister l'acte réflexe qui commande l'occlusion constante du sphincter ; c'est pourquoi les lésions de la moelle cervicale et dorsale produiraient le spasme permanent du sphincter vésical qu'on observe dans certains cas de compression spinale.

Si, par contre, la lésion siége plus bas, les conditions de l'acte réflexe dont il s'agit ne subsistent plus ; le sphincter est paralysé d'une façon constante, et l'urine s'écoule alors incessamment goutte à goutte, l'action des muscles de la vessie ne rencontrant plus d'obstacles.

Je n'ignore pas, Messieurs, que la théorie de M. Budge n'est pas, tant s'en faut, encore classique, et les faits expérimentaux sur lesquels elle s'appuie demandent eux-mêmes à être vérifiés. J'ai cru devoir néanmoins l'exposer brièvement parce que, à mon avis, elle explique, quant à présent, mieux que toute autre, les faits révélés par l'observation clinique. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon.— Auscultation (1).

Leçons recueillies par P. Budin.

PNEUMONIE AIGUE LOBAIRE.

Du râle crépitant. — Avec le deuxième degré apparaît un symptôme caractéristique de la pneumonie, : le râle crépitant, On entend alors éclater sous l'oreille une série de petits bruits secs et nombreux qui ont été comparés au froissement des cheveux, au bruit d'expansion d'une éponge humide qu'on cesse de comprimer, ou mieux encore à celui qui est produit par le sel qu'on fait décrépiter dans une bassine. Spittal l'a aussi rapproché du bruit qu'on perçoit lorsqu'on approche son oreille d'un verre dans lequel on vient de verser de la bière mousseuse.

(1) Voir le n° 1 du *Progrès médical.*

Ce râle crépitant fin survient par bouffées, dans l'inspiration, quelquefois seulement à la fin de l'inspiration : jamais il n'est perçu dans l'expiration. Il est permanent, c'est-à-dire qu'il persiste même après l'expectoration.

Ce bruit qui est toujours entendu chez l'adulte l'est moins souvent chez les enfants : nous essaierons bientôt de donner une explication de son absence.

Le râle crépitant n'est pas non plus constant chez les vieillards : ces derniers en effet respirent mal, et souvent ils sont emphysémateux ; le bruit perçu est alors moins fin et moins net.

Aucun râle ne saurait être confondu avec le râle crépitant fin que nous étudions en ce moment: mais le râle crépitant pneumonique est souvent plus gros, plus humide; nous y reviendrons bientôt. Enfin des bruits bronchiques peuvent se rapprocher de ce dernier. Tels sont les râles muqueux fins ou sous-crépitants qui se passent dans les petites bronches ; ceux-ci sont plus humides que le crépitant fin, et ils peuvent s'entendre, ce qui est un signe capital, aux deux temps de la respiration.

Les bruits de frottement produits à la surface de la plèvre recouverte de fausses membranes, peuvent, dans certains cas, être pris pour du râle crépitant. On entend alors dans la pleurésie une crépitation fine et sèche, moins pressée peut-être que dans la pneumonie, bruit que Trousseau appelait le frottement râle, ne décidant pas s'il s'agissait d'un râle ou d'un frottement. La difficulté du diagnostic et l'analogie de ces bruits de pleurésie et de pneumonie sont tels, que je me suis demandé, pendant un temps, si les bruits de la pneumonie n'étaient pas toujours dus à la pleurésie.

Remarquez-le bien, Messieurs, cette hypothèse n'était pas absolument dénuée de fondement. Vous avez vu, en effet, par l'anatomie pathologique de la pneumonie, que les parties hépatisées sont imperméables à l'air, que les alvéoles sont pleins d'un exsudat qui ne peut pas laisser passer une bulle d'air entre la paroi alvéolaire et son contenu. D'un autre côté, le râle crépitant de la pneumonie n'est entendu que lorsque l'hépatisation arrive à la surface du poumon et, à ce moment, la plèvre se recouvre elle-même au niveau du poumon hépatisé d'un exsudat fibrineux. Le râle crépitant de la pneumonie ne pouvant avoir lieu dans les alvéoles hépatisés, et ne se percevant pas sans qu'il y ait en même temps des exsudats pleuraux, il était naturel de l'attribuer au frottement pleural.

Mon hypothèse est tombée devant le fait d'apoplexie pulmonaire dont je vous ai entretenus récemment.

Là, en effet, on avait entendu pendant la vie du râle crépitant; l'auscultation du cadavre reproduisait le même phénomène, et cependant, il n'y avait qu'un noyau dur d'apoplexie sans exsudation pseudo-membraneuse à la surface de la plèvre.

Pour en revenir à la comparaison que je faisais entre le râle crépitant et le frottement fin, des expériences nous ont montré qu'ils pouvaient avoir tous les deux la même origine dans la compression suivie de dilatation des alvéoles superficielles du poumon. C'est ce que démontre, en particulier, l'injection de suif solidifié dans la plèvre dont je vous ai parlé dans notre première leçon. Nous y reviendrons à propos de la pleurésie.

Si la distinction est quelquefois difficile entre le râle pneumonique et le bruit pleurètique, le doute dure peu. Le frottement-râle se transforme en effet, il peut donner une sensation de va-et-vient pendant le mouvement du poumon dans les deux temps de la respiration. Il a le plus souvent un timbre sec, craquant, il ressemble au bruit du cuir neuf, etc.

Revenons maintenant au râle crépitant fin et à son mécanisme :

De nombreuses opinions ont été émises pour l'expliquer. Laennec, dont le génie a créé d'un seul coup toute l'auscultation du poumon, pensait que le râle crépitant n'était entendu que dans la première période de la pneumonie, et qu'il était produit par l'air traversant le liquide contenu dans les alvéoles pulmonaires.

Mais, dans le premier stade ou stade de congestion, nous l'avons vu, on n'entend rien ou presque rien ; c'est donc dans le second seulement qu'il est perçu, et, à cette époque, les alvéoles sont tellement remplis de coagula fibrineux que leur pénétration par l'air est absolument impossible. Si, du reste, on cherche sur le cadavre à y faire entrer de l'air, en se servant du soufflet, on ne peut y parvenir. Il faut donc renoncer à cette idée que le râle crépitant est produit par le tissu pulmonaire hépatisé.

Barth et Roger, dans leur excellent livre d'auscultation, se sont contentés d'écrire : « On admet généralement que » le râle crépitant est produit par le passage de l'air à » travers les liquides contenus dans les vésicules pulmonaires. Si l'on s'en rapporte, en effet, aux impressions » de l'ouïe, il semble que des matières liquides sont pénétrées par l'air inspiré et qu'il se forme alors des bulles » qui éclatent avec bruit : la petitesse, le nombre et l'égalité de ces bulles paraissent démontrer qu'elles se pro» duisent dans des cavités petites, nombreuses, égales en » volume, telles que sont les cellules pulmonaires. »

Ces auteurs semblent donc adopter l'opinion de Laennec, sans rien affirmer cependant, sans indiquer si c'est à la première ou à la seconde période de la pneumonie qu'apparaissent ces râles.

Pour Grisolle, ce n'est que 6, 12 ou 24 heures après le début que surviennent les râles crépitants ; ils seraient dûs au rétrécissement des alvéoles et à l'épaississement de leurs parois.

Beau invoquait l'état de sécheresse dans lequel se trouve le poumon enflammé et il attribuait la crépitation au déplissement et au frottement des vésicules pulmonaires ; nous avons déjà combattu cette manière de voir : lui-même n'y tenait pas beaucoup.

Parrot a parfaitement réfuté dans sa thèse (1), l'opinion de Laennec, qui attribuait le bruit de crépitation à l'éclatement de bulles d'air dans les alvéoles remplis de l'exsudat pneumonique. Pour que des bulles d'air produisent un bruit, pour qu'elles éclatent, il faut en effet qu'elles passent d'un liquide dans une cavité contenant de l'air à moindre tension Or ces conditions ne sont nullement remplies ni dans la période de congestion ni dans celle d'hépatisation, même à supposer que les alvéoles soient des cavités suffisamment grandes pour qu'une bulle d'air y éclate.

Pour ce qui est de la production du râle crépitant, Parrot a adopté l'explication donnée antérieurement par Wintrich (2), et qui est la suivante : Pendant l'inspiration, les vésicules pulmonaires sont aplaties et leurs parois adhèrent, grâce à la couche humide de mucus visqueux qui lubréfie leur surface ; pendant l'inspiration, l'air en affluant redresse les vésicules et il se produit un bruit dû à la séparation brusque des surfaces adhérentes. Wintrich ajoute que le même phénomène a lieu en même temps dans les plus fines bronches dont les parois ont en effet la même structure que les alvéoles.

Cette compréhension du râle crépitant nous paraît être, entre toutes les théories données par les auteurs, celle qui se rapproche le plus de la vérité. Cependant elle nous semble loin d'être complète. *(A suivre.)*

(1) *Propositions de médecine.* — Paris, 1857.
(2) *Handbuch der speciellen Pathologie* funfte Band. — Erste Lieferung, 1854.

THERAPEUTIQUE

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. le Dr PARROT.

Note sur le traitement local par la poudre d'iodoforme de la gangrène de la vulve chez les petites filles.

Par Paul **COYNE** interne des hôpitaux.

La gangrène de la vulve, par période, sévit encore dans les services d'enfants. Si l'étude du mécanisme par lequel se produit cette variété d'ulcération, n'a pas été faite assez complétement et laisse quelque chose à désirer, on connaît parfaitement les différentes phases par lesquelles passe cette lésion à son début d'abord et ensuite pour prendre de l'extension.

Elle naît, en effet, par une vésico-pustule opaque, contenant de la sérosité trouble, apparaissant soit au fond des plis de la région ano-vulvaire, soit sur les faces des replis cutanés ou cutanéo-muqueux de la même région. Dès le lendemain, la vésico-pustule est rompue, l'epiderme desquamé, et à sa place on trouve une petite ulcération de la grandeur d'une pièce de 20 centimes environ. Cette solution de continuité du tégument est arrondie ; le fond grisâtre et comme réticulé est rempli par un détritus d'apparence diphthéritique.

La lésion intéresse au début les couches superficielles du derme et se trouve soulevée par un tissu légèrement œdémateux. En trois ou quatre jours, elle atteint le tissu cellulaire sous-cutané et peut présenter 2 à 3 centimètres de diamètre. Lorsqu'elles sont arrivées à acquérir ces dimensions plusieurs ulcérations voisines se confondent par suite de la destruction des points cutanés qui les séparent, ce qui leur donne une apparence serpigineuse Leur tendance à s'étendre en profondeur diminue. Mais le fond change d'aspect et le détritus qui les remplit devient noirâtre.

Telle est la marche habituelle de cette lésion que des accidents généraux, à forme typhoïde, viennent le plus souvent terminer, lorsqu'elle a atteint une certaine étendue.

M. Parrot, dans le cours des années précédentes, avait réussi assez souvent a arrêter la marche envahissante de ce travail destructeur par des pansements fréquemment renouvelés au *chlorate de potasse* en solution concentrée ; et dans d'autres séries de cas par la *cautérisation au nitrate d'argent* Mais les résultats obtenus par ces moyens n'avaient pas eu une telle constance qu'il en fut complétement satisfait.

Au commencement de cette année, les mêmes moyens locaux auxquels on ajouta des pansements au *vin aromatique* ou à l'*alcool*, ne parurent donner aucun résultat même momentané, ni modifier l'aspect extérieur et la marche de ces ulcérations. L'*iodoforme* seul, essayé en dernier lieu, a réussi ; il a paru arrêter en deux à trois jours, en général, la marche envahissante de l'ulcère et faciliter très-rapidement l'apparition de bourgeons charnus au fond de la plaie. Ce résultat n'a d'ailleurs rien d'étonnant lorsqu'on réfléchit que la poudre d'iodoforme est d'un usage vulgaire dans les services de vénériens pour s'opposer à l'extension des bubons devenus chancreux.

Plusieurs chirurgiens, M. Léon Labbé entre autres, l'emploient dans le traitement des ulcères fongueux de mauvaise nature, ou se rapprochant de la pourriture d'hôpital, et en ont obtenu de bons effets.

Mais pour arriver au but désiré il ne faut pas ménager la poudre d'iodoforme Après avoir abstergé avec précaution les ulcérations à traiter, on doit les remplir de cette poudre et ne laisser aucun point de la plaie qui n'en soit recouvert. Lorsque le fond de l'ulcération est très humide, et que le détritus est abondant, il est utile les deux premiers jours de renouveler le pansement une seconde fois dans la journée.

Par l'emploi de ce mode de pansement, nous avons toujours réussi à modifier très-rapidement l'aspect de ces ulcérations et à les arrêter même si complétement dans leur marche, qu'aucune de celles qui ont été traitées de la manière que nous avons indiquée, n'a dépassé en grandeur le diamètre d'une pièce de 50 cent. — Il est à noter qu'à cet arrêt dans leur extension en largeur, correspond la disparition rapide de l'œdème de voisinage qui soulève les ulcérations et leur donne au début un aspect cupuliforme.

Il existe assurément d'autres moyens aussi certains de mettre obstacle aux progrès de cette sorte de gangrène. Nous voulons parler de l'emploi du *cautère actuel* préconisé par M. Isnard, et du *chlorure de zinc* conseillé par MM. Rillet et Barthez. Mais ces moyens sont très-douloureux et nécessitent des luttes continuelles avec les enfants lorsqu'il s'agit de renouveler leur pansement. Ces inconvénients très-sérieux sont évités d'une façon certaine par l'emploi de la poudre d'iodoforme

dont l'application est absolument indolore et c'est là le motif principal qui nous a engagé à faire connaître le résultat de nos essais thérapeutiques.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux. (1)

Par Henri DRANSART, interne des hôpitaux de Paris.

Après de nouvelles recherches nous n'avons rien trouvé d'analogue Nos moyens ne nous permettent pas, il est vrai, de fouiller dans la littérature médicale étrangère, peut-être même existe-t-il sur ce sujet quelque mémoire d'origine française qui nous a échappé. Bref, nous nous en rapportons complètement à plus ample informé. Toujours est-il que nous étions profondément étonné de cette lacune, quand l'étude du sujet vint elle-même nous donner la raison de ce fait, et nous intéresser davantage à l'observation que nous avions recueillie.

De deux choses l'une : ou bien la tumeur constituée par l'infiltration sanguine disparaît par résorption du sang comme cela a lieu pour toutes les hémorrhagies, et alors il ne reste plus d'autre trace de la tuméfaction d'origine sanguine qu'une coloration jaune d'ocre due à la présence de cristaux d'hématoïdine; ou bien la tumeur s'abcède, et toute trace des lésions primitives disparaît. Dans notre cas si la mort n'avait été précipitée par la péritonite généralisée, nous n'aurions rencontré probablement qu'une poche purulente en supposant que le malade fut mort quelque temps après. Or, il est assez rare de voir la mort survenir à la suite de l'abcès dit urineux simple. C'est ce qui nous explique pourquoi la lésion primordiale a pu échapper à l'attention des observateurs. Elle n'a pour ainsi dire pas le droit de paraître aux autopsies; car dans le cours naturel des choses elle doit disparaître soit par suppuration soit par résorption, et dans ce dernier cas seul elle peut laisser des traces, mais des traces tellement faibles qu'il faut avoir l'attention éveillée sur ce sujet pour en reconnaître l'origine.

Ces traces cependant nous semblent avoir été signalées. M. Voillemier dans son traité indique l'aspect jaunâtre de la matière plastique qui occupe les mailles du tissu spongieux et dans un autre passage il trouve ce nouveau tissu formé de lymphe plastique dans laquelle se trouvent quelques globules sanguins. L'auteur, du reste, ne cherche pas à attirer l'attention sur ce point. Nous trouvons aussi dans ce même ouvrage le passage suivant.

« Lallemand raconte qu'il trouve à la courbure sous-
» pubienne un rétrécissement qui admettait à peine une
» sonde cannelée. Le canal fendu dans toute sa longueur
» présente dans le point retréci un épaississement circu
» laire de la membrane muqueuse commençant et finis-
» sant d'une manière insensible en sorte que la tranche
» ressemblait de chaque côté à un fuseau. Il compare ce
» cylindre à celui que forme l'ossification du périoste autour
» d'un os long fracturé. »

M. Voillemier ajoute qu'il ne sait comment s'expliquer cette saillie en dehors lorsqu'il a toujours vu une concavité en dedans. Il serait en effet difficile de s'expliquer cette saillie si l'on ne faisait intervenir un autre facteur que le tissu fibreux dont la propriété essentielle est de se rétracter, de revenir sur lui-même. Pour nous ce facteur c'est le sang épanché, aussi regrettons-nous que Lallemand n'ait pas décrit l'aspect et la coloration du tissu.

M. Civiale qui cite aussi ce fait de Lallemand nous apprend que la coloration du tissu était blanc jaunâtre. Comme on le voit, il n'est guère permis d'être affirmatif avec de pareils documents.

Cependant l'étude des ouvrages de Lallemand nous a fait découvrir quelques faits des plus intéressants pour notre sujet.

1) Voir le n° 2 du *Progrès Médical*.

Je signalerai en particulier l'observation XI, 2e partie, des maladies de l'urèthre : — Il s'agissait d'un batelier qui entretenait une blennorrhagie chronique par des excès. Cet homme vit survenir une grosse tumeur au périnée, puis à ce niveau une fistule par laquelle s'écoulait du pus et du sang. Cette tumeur qui était volumineuse et dure comme du cartilage disparut au bout de quelque temps. Mais aussitôt guéri, le batelier reprit son ancienne vie et il eut un nouveau gonflement au périnée. Lallemand fait remarquer que du sang épanché s'était fait jour spontanément à travers la peau.

Cet homme n'est pas mort et l'on n'a pu voir les lésions ; néanmoins il nous semble presque évident que l'hémorrhagie avait présidé à la formation de ces tumeurs.

Lallemand après avoir cité ce fait ajoute quelques réflexions qui sont de nature à appuyer ce que nous soutenons : il s'étonne qu'après autant de cautérisations (six applications de caustiques sur l'urèthre du batelier), il ne soit survenu ni gonflement, ni hémorrhagie, ni inflammation.

Lallemand qui employait presque toujours la cautérisation pour guérir les rétrécissements, ne cite pas de gonflement sous-muqueux, consécutif aux cautérisations. Si ce gonflement purement inflammatoire ou, pour mieux dire, si l'engorgement simple existe, c'est Lallemand qui aurait dû nous le faire connaître, lui qui a tant cautérisé l'urèthre. Lallemand n'en a pas vu, donc nous pouvons affirmer qu'il est au moins très-rare, donc il faut aller chercher ailleurs la véritable origine des tumeurs ou des engorgements sous-muqueux de l'urèthre. Cette origine différente, c'est l'hémorrhagie.

Aussi, la tumeur, l'engorgement sous-muqueux que les cautérisations successives de l'urèthre n'avait pu produire, survenait chez le batelier de Lallemand alors que guéri il reprenait le cours de ses excès, ou autrement dit, alors qu'il accomplissait les actes qui étaient de nature à mettre en jeu le molimen hémorrhagique.

Du reste, Chopart nous fournit également des arguments : quand on lit ses observations on voit que c'est toujours à la suite d'excès que se produisent les engorgements sous-muqueux. Chopart désigne ici simplement de très-petits engorgements sous-muqueux ne formant pas tumeur et se traduisant surtout par une gêne de la miction ; cette distinction ne nous embarrasse pas : L'hémorrhagie en effet peut avoir tous les degrés, elle peut occuper un foyer microscopique ou bien avoir des proportions énormes comme chez le batelier de Lallemand ou chez le colonel de Civiale. Mais nous ne voulons pas discuter ici, nous nous contentons seulement d'enregistrer les faits tels que les auteurs les ont vus se produire.

Ces faits nous montrent l'engorgement sous-muqueux tantôt considérable sous forme de grosse tumeur, tantôt moyen, tantôt petit, presque imperceptible succédant presque toujours à des excès. La seconde partie de ce travail nous rendra compte de ce phénomène.

Nous trouvons dans Civiale l'observation d'un colonel qui est également intéressante (voir page 656) :

Ce colonel eut une tumeur au périnée qui après l'ouverture donna issue à du pus, du sang et de l'urine. Les parois du canal, dures et considérablement épaissies, formaient au niveau de l'insertion du scrotum une masse qui, se confondant avec la tumeur urinaire consécutive, s'étendait de la partie postérieure du périnée jusqu'à l'anneau inguinal du côté droit. Ici encore nous croyons à une tumeur de nature hématique. (Il y eut résorption de cette tumeur).

Comme on le voit, certaines tumeurs urinaires observées sur le vivant ont présenté l'aspect et la marche des tumeurs hématiques ; néanmoins s'il y a des probabilités pour les considérer ainsi, nous devons avouer que ces observations ne sont pas à même de donner la certitude scientifique.

L'examen que nous avons fait des autopsies de Civiale nous a donné quelques résultats, bien que cet auteur fasse observer que le plus souvent il n'a pas trouvé le tissu sous-muqueux coloré.

Qu'on y fasse bien attention, Civiale dit que le plus sou-

vent il n'a pas trouvé le tissu sous-muqueux coloré, il avoue par le fait qu'il lui est arrivé de rencontrer parfois une coloration anormale de ce tissu fibreux.

En effet, dans une de ses autopsies où les parois uréthrales étaient indurées, épaissies, noueuses formant saillie en certains endroits, Civiale a trouvé une coloration et une consistance diverses des inégalités du tissu sous-muqueux.

Dans une autre observation (page 101) le tissu fibroïde sous-muqueux, serré, dense, ne présente pas la coloration habituelle de ce tissu. Civiale ne nous dit pas quelle était cette coloration spéciale qui était venue changer l'aspect du tissu fibreux ; mais pour nous, ici comme dans les autres cas, c'était le sang épanché ou bien les reliquats du sang que l'absorption n'avait pas fait disparaître, qui modifiaient la coloration du tissu fibreux.

Civiale nous apprend également que Lallemand a rencontré un cas de rétrécissement circulaire situé au-devant de la prostate et qui était formé par un tissu rougeâtre de consistance cornée.

Ainsi donc il y a réellement signalées dans les ouvrages des traces de lésions hémorrhagiques siégeant dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux de l'urèthre

Comme nous le verrons tout à l'heure (Jamain, *Pathologie ext.* 2e édit.), M. Voillemier aurait rencontré des tumeurs sanguines dans l'épaisseur du tissu sous muqueux: mais nous n'avons pas trouvé l'observation dans le traité de M. Voillemier, aussi ne pouvons-nous pas la relater ici. Nous le regrettons beaucoup, car nous y aurions certainement trouvé un appoint très-considérable. *(A suivre).*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du service des bains externes dans les hôpitaux. — Le choléra.

Parmi les questions d'hygiène publique qui méritent d'attirer l'attention du Conseil municipal et de M. le Préfet de la Seine, l'une des plus importantes — à la saison où nous sommes — est celle d'une bonne organisation des bains gratuits. Dans un certain nombre d hôpitaux déjà, l'administration de l'Assistance publique accorde des bains aux malades du dehors. Cette mesure excellente devrait être étendue à tous les établissements hospitaliers.

Il serait donc bon que l'administration perfectionnât ses services de bains et ouvrit au public indigent les hôpitaux qui sont encore fermés sous ce rapport.

Il serait aussi indispensable que l'administration utilisât plus largement le magnifique service de bains de l'hôpital St-Louis. En effet, les deux salles de bains internes renferment environ 60 baignoires qui ne servent aux malades de l'hôpital que pendant une partie de la journée et, sans nuire au service de l'hôpital, il serait assurément possible de donner par jour plus de 150 bains à des malades du dehors.

En réalisant cette réforme, l'Assistance publique, nous en sommes convaincus, diminuerait par là même le nombre des personnes qui, plus tard, seront obligées de recourir à elle.

Les représentants naturels de la Cité ont le devoir d'examiner cette question. Quant à ceux qui sont chargés de l'exécution, s'ils ont à un égal degré l'ambition du pouvoir et l'amour du bien public, — et rien n'autorise à supposer le contraire — nous espérons que cette idée passera promptement du domaine spéculatif dans la réalité pratique.

Il y a d'ailleurs urgence. L'état sanitaire général en Europe, est assez grave pour que le Conseil municipal et l'administration s'en préoccupent et prennent toutes les mesures nécessaires pour diminuer les mauvaises conditions hygiéniques, si favorables au développement des maladies épidémiques. Or, aujourd'hui, les renseignements qui nous parviennent, indiquent que nous sommes menacés d'une nouvelle invasion du choléra. Il règne depuis plusieurs mois en Hongrie, en Gallicie, en Bohême et même en Autriche ; il a gagné la Prusse ; il se montre en Turquie ; les journaux italiens signalent son apparition dans la province de Trévise ; enfin, dans différentes villes de France, les maladies du tube digestif ont une tendance à prédominer. Sans s'exagérer le danger, il est bon de prendre des précautions.

Il y a là, nous le répétons, un ensemble de circonstances qui doivent mettre les médecins et l'administration sur leurs gardes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du samedi 28 *juin.* — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE

M. VULPIAN rappelle, à l'occasion du procès-verbal, l'expérience dont il a entretenu la société dans la précédente séance: il s'agissait d'un lapin auquel il avait pratiqué la section intra-crânienne du trijumeau. Bientôt il était survenu une opalescence de la cornée parsemée de petites tâches opaques d'un blanc laiteux. L'examen histologique de cette cornée a été fait et M. Vulpian a pu constater que les taches opaques étaient dues à des dépôts de carbonate de chaux; il en était de même de l'opalescence généralisée qui provenait, elle aussi de granulations de carbonate de chaux.

M. VULPIAN revient également sur les ecchymoses du poumon et de la muqueuse stomacale trouvées sur ce même lapin à la section intra-crânienne du trijumeau. On se rappelle qu'il n'existait pas d'autres lésions encéphaliques. De nouvelles expériences ont été faites à ce sujet et de nouveau il s'est produit des ecchymoses; dans quelques cas où l'animal avait été sacrifié 5 ou 6 jours après la section du trijumeau, on a constaté que les ecchymoses étaient entourées d'une auréole blanchâtre déjà atteinte d'ulcérations commençantes. Les poumons très-hypérémiés présentent, en certains points, des noyaux apoplectiformes, en d'autres des parties œdématiées. Les vaisseaux sont remplis de sang coagulé dans leur intérieur. Cette injection est constante et rappelle l'aspect des vaisseaux oblitérés par des poudres inertes, par de petites embolies capillaires. Aussi M. Vulpian se demande-t-il si en pareil cas on a affaire à des troubles vaso-moteurs seulement, comme le prétendent MM. Schiff et Brown-Séquard, ou bien si on n'est pas en présence de véritables embolies capillaires. Il existe en effet des altérations profondes, des désagrégations de l'encéphale, des os...., ne se pourrait-il pas que quelques parcelles entraînées par le courant sanguin ne viennent dans les petits vaisseaux pulmonaires et stomacaux ?

M. CHARCOT rappelle qu'il n'est pas rare de trouver des foyers apoplectiformes dans les poumons des personnes frappées d'hémorrhagie cérébrale.

M. OLLIVIER a remarqué non-seulement des noyaux sanguins dans le poumon, mais il en a trouvé encore dans le tissu cellulaire sous cutané et même dans une articulation.

M. CHARCOT. Il me semble utile à ce sujet d'établir une distinction; je ne nie pas ces épanchements articulaires, mais il faut bien se garder de les confondre avec certaines lésions du cartilage provoquées par le repos paralytique. Les cartilages diarthrodiaux s'altèrent, des vaisseaux se forment qui peuvent se rompre et amener un épanchement de sang dans l'article.

M. RABUTEAU désirerait ajouter quelques mots sur la communication faite par M. Bouchard dans la précédente séance. Cette communication avait trait aux effets de la valériane et M. Bouchard en était venu à dire que les iodures provoquaient une production d'urée beaucoup plus active au contraire des

bromures qui amènent une prompte diminution dans son excrétion. M. Rabuteau pense qu'il n'en est nullement ainsi et que les iodures comme les bromures s'opposent à la dénutrition. Il serait donc utile de reprendre cette question, mais il faudrait avoir grand soin de noter l'alimentation et de maintenir un régime uniforme. Il ne faut pas oublier en effet qu'avec une nourriture végétale on voit descendre rapidement le chiffre de l'urée qui peut n'être que de 8 à 10 grammes dans les 24 heures, tandis qu'il pourra monter jusqu'à 50, 60, 80 grammes, même si l'alimentation est fortement animalisée.

M. LEGROS vient exposer devant la société quelques-uns des résultats qu'il a obtenus dans une série de recherches entreprises avec M. MAGITOT au sujet du développement des dents. Il bornera sa communication à l'étude des follicules de la 2e dentition.

Pour comprendre ce qui va suivre, il est bon cependant de connaître le développement des follicules de première dentition. Lorsque l'embryon n'est encore que de 3 à 4 centimètres on voit apparaître sur le maxillaire des bourgeons épithéliaux qui envahissent le bord alvéolaire de l'os et y font une saillie superficielle, tandis que d'autre part, par leur face profonde ils pénètrent dans le maxillaire. Bientôt survient un petit prolongement latéral qui se développe sur un point de cette expansion profonde : c'est la lame épithéliale. Lorsque l'embryon atteint cinq centimètres environ cette lame épithéliale se renfle à son extrémité et prend la forme d'une massue; c'est l'organe de l'émail ; le fond de cette ampoule s'excave et dans cette dépression va naître le bulbe dentaire. C'est de ce point, au niveau de la base du bulbe que sort la paroi du futur follicule. Elle enveloppe le bulbe, l'organe de l'émail. Le follicule est constitué. C'est alors que se détruit le cordon latéral sur lequel s'est formé l'organe de l'émail ; du moins il se segmente et fait place à des bourgeons épithéliaux. Coemann prétend que c'est à leurs dépens que va se développer le follicule de seconde dentition ; ces bourgeons épithéliaux se renfleraient en massue et par transformations successives apparaîtrait le follicule secondaire. Le nombre de ces bourgeons épithéliaux expliquerait comment peuvent naître les dents surnuméraires. Cette théorie est fausse ; en effet MM. Legros et Magitot ont vu que le follicule secondaire se formait tout autrement : lorsque le cordon qui provient de la lame épithéliale n'est pas encore rompu il nait un diverticulum qui par transformations successives, deviendra le follicule secondaire. Ce n'est qu'alors qu'aura lieu la rupture du cordon. Colemann n'aura étudié le follicule qu'à cette période, c'est ce qui explique comment cet auteur a cru qu'il provenait des bourgeons épithéliaux.

M. PAUL BERT continue ses recherches sur les effets obtenus par les hautes pressions. On sait que lorsqu'on décomprime brusquement un animal soumis à une haute pression il meurt rapidement par suite du dégagement des gaz dissous en très-grande abondance dans son sang. Pour les chiens la pression limite est 7 athmosphères, 7 1/4 ; à 7 1/2 la mort est invariable. Cependant M. Bert a vu n'éprouver aucun accident un chien malade, amaigri, comprimé à 8 atmosphères, 8 1/2, quelque brusque que fût la décompression; l'expérience a été refaite plusieurs fois sur le même animal et le résultat a toujours été semblable. Le sang était étudié aussitôt que l'animal sortait de la cloche : on n'y trouvait pas de trace de gaz en dissolution. — Eh bien ! ce même chien envoyé quelque temps au Jardin des Plantes et revenu engraissé, vigoureux, a été rapidement tué lorsque la décompression brusque a suivi une pression de 8 atmosphères. Comment expliquer sa première immunité ? M. Bert n'en sait rien. Il sait seulement que la pression limite varie non-seulement selon les espèces animales et selon les individus mais encore selon l'époque où l'on examine les mêmes individus

M. OLLIVIER vient d'observer un homme de 69 ans, entré dans son service pour une bronchite et qui vient d'être atteint d'une scarlatine des plus nettes. La desquamation a été des plus énergiques et certaines régions de son corps, entr'autres la région plantaire, se sont dépouillées en un seul coup.

P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1373. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

Prix de l'Académie. — Question proposée : « De l'ictère grave. » Ce prix était de la valeur de 1.000 fr. — Deux mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde : 1° Une récompense de 600 fr. à M. le Dr Louis *Caradec*, médecin à Brest, auteur du mémoire n° 1. 2° Un encouragement de 400 fr. à M. le Dr Marc Girard (de Bordeaux), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par le baron Portal. — Ce prix devait être décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il était de la valeur de 2,000 fr. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : « Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. » Ce prix était de la valeur de 900 fr. — Deux mémoires ont été envoyés pour concourir. L'Académie décerne le prix à M. le Docteur *Magnan*, médecin à l'Asile Ste-Anne, auteur du mémoire n° 2. Elle accorde une mention très-honorable à M. William *Bourgade*, étudiant en médecine, chef de clinique à Clermont-Ferrand, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus etc., (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2,000 fr — Six mémoires ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Gustave *Chantreuil* de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 5.

Prix fondé par M. le Docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1 000 fr. Treize ouvrages ou mémoires ont concouru. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix, mais l'Académie accorde : 1° Une récompense de 400 fr. à M. le Dr *O. Saint-Vel* (de Paris). pour son *Traité des maladies des régions intertropicales.* — 2° Une récompense de 300 fr. à M. A. *Pelletan* médecin principal de la marine, en retraite à Paris. pour son ouvrage intitulé : *Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe,* 3° Une récompense de 300 fr. à M. le Dr *Huchard*, et M. F. *Labadie-Lagrave*, internes des hôpitaux pour leur travail en collaboration ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la Dysménorrhée membraneuse.* — 4° Des mentions honorables à M. Henri *Liouville* pour son mémoire *Sur la généralisation des anévrysmes miliaires* et à M. Lagrelette pour son *Traité de la Sciatique.*

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légale, la toxicologie exceptée. Il était de la valeur de 2 000 fr. — Deux mémoires ont été envoyés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le Dr E. *Vincent*. médecin à Guéret, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le Docteur Lefèvre. La question posée par le testateur est ainsi conçue : « De la mélancolie. » L'Académie, se conformant aux intentions du testateur, avait appelé l'attention des concurrents sur une forme particulière de la mélancolie, et avait mis au concours la question suivante : « De la Nostalgie. » Ce prix était de la valeur de 2,000 fr. — Trois mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° Une somme de 1,500 fr. à M. le Dr Auguste *Haspel,* médecin principal en retraite, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1 ; 2° Une somme de 500 fr à M. le Dr *Benoist de la Grandière* (Auguste), auteur du travail portant le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — La question posée par le fondateur était ainsi conçue : « Etablir, par des faits suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. — Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers étaient admis à concourir. Ce prix était de la valeur de 2,000 fr. L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix fondé par M. le Docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie impériale de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne devait être donné que lorsque les expériences auraient été répétées avec succès par la Commission Académique. — Aucun concurrent ne s'est présenté. (*A suivre.*)

Séance du 1er juillet 1873. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

La Secrétaire donne lecture du procès-verbal et de la correspondance après les communications, la suite de la discussion sur le *typhus exanthématique* est reprise.

M. BRIQUET, dans un long et très-intéressant mémoire cherche à prouver qu'il y a deux sortes de typhus, l'un avec

lésions de l'intestin, l'autre sans lésions de cet organe. La première de ces maladies est identique à la fièvre typhoïde ; elles se sont toujours montrées ensemble et les symptômes et les lésions sont les mêmes, fièvre, diarrhée, ulcérations de l'intestin et en particluier des plaques de Payer. M Briquet appuie son opinion sur celle de Louis qui le premier à si bien décrit ces maladies et affirmé leur identité Daus la prochaine séance l'orateur parlera du typhus saus lésions de l'intestin.

M. Bouillaud, rend hommage aux travaux de Louis, mais il tient à établir que les lésions de la fièvre typhoïde, avaient été bien constatées avant lui, par plusieurs auteurs et entr'autres par M. Prost.

M. Woillez dit que dans des travaux postérieurs à ceux qu'a cités M. Briquet, Louis a reconnu qu'il n'y avait aucune relation entre le typhus et la fièvre typhoide

Selon M. Chauffard, M. Briquet a déplacé la question. Le typhus exanthématique observé par lui après la guerre de Crimée, et décrit dans son mémoire est seul en cause, et sur ce sujet seulement il acceptera la discussion.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Charcot.

Note sur un cas de Luxation de l'atlas en arrière. — Compression de la moelle allongée par l'odontoïde. — Mort subite, par M. Longuet, interne des hôpitaux.

Le 31 Mars 1873 entrait dans le service du professeur Richet à l'Hôtel-Dieu, un homme de 29 ans, compositeur d'imprimerie, qui venait des salles de la clinique médicale. Cet homme était dans le service de M. le Dr Béhier depuis le 25 janvier 1873 pour une affection pulmonaire tuberculeuse arrivée à la 3me période, dans le cours de laquelle étaient survenus une arthrite purulente de l'articulation sterno-claviculaire gauche, et un abcès à la région sous-occipitale du côté droit, complications pour lesquelles ont le fit passer en chirurgie.

A son entrée dans la salle Sainte-Marthe, le malade portait à la partie supérieure du cou, en arrière, sous les muscles trapèze, splénius et complexus, et plutôt même dans l'épaisseur de ces muscles, une tumeur assez volumineuse, très-douloureuse, chaude à la main, fluctuente. De là, comme d'un centre partaient des élancements douloureux qui suivaient le trajet du nerf occipital droit et qui avaient leur summum d'intensité au sommet du crâne. Les mouvements de latéralité du cou étaient fort gênés, mais ils pouvaient encore se faire

L'abcès fut ouvert le 4 avril et la poche traversée par un tube à drainage. L'évacuation du pus soulagea le malade pendant quelques jours, mais peu à peu les douleurs devinrent de plus en plus considérables, les mouvements se limitèrent de plus en plus, si bien que le 20 avril la tête dut être maintenue par le malade lui-même dans une immobilité presque absolue pour éviter les souffrances atroces que le moindre ébranlement réveillait. En même temps parut au pharynx une tuméfaction avec rougeur et douleur telles que la déglutition des moindres parcelles d'aliments solides devint impossible ; les liquides passaient même très-difficilement.

Le malade était évidemment atteint de cette variété du mal de Pott à laquelle on donne le nom de mal sous-occipital ou tumeur blanche des articulations atloïdo axoïdo-occipitales, complication très probable ainsi que l'arthrite purulente sterno-claviculaire gauche de l'affection tuberculeuse pour laquelle il était entré à l'Hôtel-Dieu.

Le 25 avril, après quelques injections hypodermiques morphinées, le malade se trouvait mieux ; ses douleurs étaient calmées, son angine avait légèrement diminué d'intensité ; il pouvait se mouvoir un peu plus facilement dans son lit, tout en ayant grand soin cependant de tenir sa tête complétement immobile sur la colonne vertébrale, position pour ainsi dire instinctive que prennent tous les patients atteints du mal sous-occipital.

Mais le 3 mai, une recrudescence arriva qui le mit dans un déplorable état ; il eut pendant la nuit de tels accès de suffocation que l'interne de garde appelé dut penser à pratiquer la trachéotomie (opération qui cependant ne fut pas faite).

Le 4, mieux prononcé. En apprenant l'accident qui était arrivé la nuit, M. Richet prit grand soin de faire remarquer aux élèves qui suivent la visite que le malade était dans un état fort grave et sous le coup d'une des plus terribles complications du mal sous-occipital, à savoir la luxation de l'atlas, amenant fatalement la mort par compression du bulbe par l'odontoïde. Pour parer à cette éventualité, il fit demander une minerve grâce à laquelle on pouvait espérer maintenir la tête et éviter la luxation. L'appareil arriva trop tard, car le 5 mai, à 10 heures du soir le malade succomba brusquement en se retournant dans son lit.

L'autopsie faite le 7 mai, confirma en tout point le pronostic porté par M. Richet.

La moitié postérieure du crâne avec toute la colonne cervicale ayant été enlevée par le procédé d'amphithéâtre désigné habituellement sous le nom de coupe du pharynx, la pièce put être disséquée plus minutieusement. Cette dissection montra :

Un abcès dans la masse musculaire sous-occipitale droite ayant pour point de départ une ostéite superficielle de la partie externe de l'occipital au-dessous de la ligne semi-circulaire postérieure et supérieure ;

Un abcès pharyngien double, à 2 poches, une de chaque côté des gouttières latérales, communiquant entr'elles par un trajet fistuleux situé sous les muscles antérieurs du cou, et communiquant aussi avec l'articulation atloïdo-axoïdienne dont les différentes parties étaient dans un état d'altération très-avancé.

La disposition des ligaments qui unissent les surfaces articulaires de l'atlas et de l'axis, de l'axis et de l'occipital, la disparition des cartilages articulaires, l'érosion et la carie des os, toutes ces parties baignant dans un pus sanieux, filant, rempli de détritus et de débris des ligaments non encore complètement détruits.

Ce sont bien là les lésions qu'on trouve d'ordinaire dans la dernière période des tumeurs blanches sous-occipitales.

Les arcs vertébraux en arrière furent ensuite divisés avec beaucoup de précaution pour ne pas léser la moelle et un morceau de l'occipital enlevé en forme d'un coin dont le sommet tronqué serait constitué par la partie postérieure du trou occipital ; la moelle cervicale, le bulbe, le mésocéphale et le cervelet furent ainsi mis à découvert.

La moelle présenta alors un véritable étranglement d'arrière en avant laissant persister une dépression semi-circulaire, puis une véritable incurvation avec un peu de torsion et cela à 2 centimètres au-dessous du bec de calamus scriptorius. Puis après avoir enlevé toute la portion des centres nerveux ainsi mise à nu, on peut voir la dure mère antérieure déchirée circulairement en forme de trou livrant passage à l'extrémité supérieure de l'apophyse odontoïde. Cette éminence faisait uue saillie de 1 centimètre dans le canal vertébral et il était manifeste qu'elle avait comprimé le collet du bulbe assez pour déterminer une mort subite.

En examinant plus attentivement la position réciproque des deux premières vertèbres, on constata que les surfaces articulaires du côté gauche ne se correspondaient plus, la surface articulaire inférieure de l'axis était bien en avant de la surface correspondante de l'atlas. Il y avait donc eu là évidemment une luxation unilatérale avec déchirure de la dure mère au niveau du ligament transverse, lequel avait cédé sous l'influence des lésions de l'arthrite purulente : l'inflammation a détruit tous les ligaments odontoïdiens moins un très-petit faisceau du ligament latéral gauche qui cependant était de beaucoup trop faible pour retenir les surfaces articulaires en place.

Les organes nerveux furent examinés avec beaucoup de soin par M. Liouville, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu et voici un extrait de la note qu'il a bien voulu nous remettre.

« Vue par sa face postérieure, la portion cervicale des cen-
» tres nerveux présente les particularités suivantes : *épaissis-*
» *sement* considérable de la *dure mère,* vascularisation de sa

» face externe, au niveau des trous de conjugaison surtout; » mais c'est principalement entre l'atlas et l'axis qu'existent » les lésions les plus remarquables. Là, il y a une *érosion* de » la *face externe*, de la *dure-mère*, production de NÉO-MEMBRANES ÉPAISSIES et *puriformes* qui constituent une *pachyméningite externe* avec masses abcédées. » Si l'on vient à ouvrir la dure-mère, on constate que l'épaississement anormal ne commence réellement que vers la 3e vertèbre cervicale, mais l'arachnoïdite que l'on constate très-nettement à l'état frais, se retrouve, elle, jusqu'à la 5e vertèbre cervicale au moins. « Au niveau de l'étranglement » — (dont nous avons parlé plus haut) — « *la moelle est pâle*, quoique l'on distingue » très-nettement encore les vaisseaux qui la croisent et sont » remplis de sang. Elle garde sa pâleur anormale 6 centi- » mètres plus bas encore que son point de torsion, mais là la » vascularisation parait comme interrompue. On voit encore » en ce point et surtout à gauche que les parties latérales des » méninges sont altérées; et, en effet, non-seulement elles » sont épaissies et ont un aspect trouble, mais de plus on voit » que dans un point elles sont baignées par une sanie rous- » sâtre, puriforme: et si l'on vient à soulever la moelle on voit » que c'est du pus qui baigne presqu'exclusivement la région » antérieure. Cet épanchement s'est fait lorsque l'odontoïde a » perforé la dure-mère et livre ainsi passage au liquide pu- » rulent contenu entre les surfaces articulaires. Autour de » cette perforation, la dure-mère est épaissie, vascularisée, et » cette hyperémie s'étend en avant, en haut, en bas et sur » les parties latérales.

» Une coupe faite à 1 centim. 1/2 au dessous de l'étrangle- » ment montre une anémie des plus considérables de toutes » les parties de la moelle. On trouve cette anémie à 2 centim. » plus bas, et là, on distingue très-bien que le côté le plus » anémié est le côté gauche. A 1 centim. au-dessus, l'anémie » est moins notable : il n'y a pas de diffluence du tissu mé- » dullaire. A ce niveau le canal de l'épendyme qui paraît vo- » lumineux semble tout-à-fait converti en tissu scléreux.

» *Examen microscopique* pratiqué à l'état frais.

» A gauche. — Dans la coupe faite au-dessous de la distor- » sion médullaire : Myéline sortie des tubes nerveux, for- » mant des amas libres, les tubes étant devenus variqueux, » blocs de myéline à réfringence spéciale Myéline se granu- » lisant. Amas nombreux de granulations grises. Désintégra- » tion de la myéline portée déjà très-loin. Pas encore de » corps de Glüge. De très-rares gouttelettes ressemblant à de » la graisse, mais non agglomérées. Quelques vaisseaux di- » latés mais pâles; pas de globules rouges. Pas de leucocytes. » Pas de corps amyloïdes.

» A droite. — Dans la protubérance. — Nombreuses goutte- » lettes graisseuses; myéline libre en nombreux blocs; myé- » line se désintégrant par zones; pas de corps de Glüge; » vaisseaux très-dilatés et quelques-uns remplis de globules » rouges distendant énormément les parois; dans quelques » places, amas de globules rouges comme infiltrés dans le tis- » su nerveux (petites hémorrhagies).

Le reste de l'autopsie montre l'existence des lésions suivantes: — Les *poumons* sont le siége d'une tuberculisation manifeste existant des deux cotés mais à des degrés différents. — Cavernes aux deux sommets, capables de loger une noix, quelques unes contenant un détritus sauro-puriforme, d'autres un liquide tout-à-fait semblable à un pus verdâtre bien lié. Dans les cavernes les parois sont tapissées d'une sorte de membrane lisse, rouge et rugueuse — et cloisonnées. — Grande congestion pulmonaire en quelques points.

— La *péricarde* ne contient pas de liquide. — Pas de traces de péricardite ancienne. — *Reins* fortement congestionnés. Quelques granulations tuberculeuses en différents points du parenchyme. — *Vessie* distendue contenant une urine trouble. — *Rate* très-volumineuse (anciennement fièvre intermittente. — *Foie* très-volumineux, graisseux. — *Intestins* très-rétractés sur euxmêmes, vides de matières solides, liquides et gazeuses.

— L'*articulation sterno-claviculaire* gauche offre les mêmes lésions que celles étudiées aux articulations altoïdo-axoïdiennes et axoïdo-occipitales. (*A suivre.*)

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

I. Traité de physiologie comparée des animaux, considérée dans ses rapports avec les sciences naturelles, la médecine, la zootechnie et l'économie rurale, par G. COLIN.

M. Colin, professeur à l'école d'Alfort, vient, il y a quelque temps, de faire paraître le deuxième volume de son *Traité de physiologie comparée des animaux.* Le savant est aujourd'hui bien connu du monde médical, et une analyse si étendue qu'elle puisse être, ne pourrait donner qu'une idée très-affaiblie de cette œuvre de longue haleine à laquelle l'auteur, comme il le dit lui-même, a consacré toute sa vie.

Rappelons seulement que cette deuxième édition, impatiemment attendue, comprend des travaux de premier ordre, ainsi: « le degré de développement des centres nerveux dans ses rapports avec l'intelligence; les propriétés des ganglions et des filets du grand sympathique; les fonctions du pancréas; les caractères de la digestion gastrique sur diverses especes; la digestion des fourrages et des grains chez les solipèdes; l'absorption par les chylifères et les lymphatiques; l'absorption à la surface de la peau et des muqueuses; la constitution, les propriétés, la genèse du chyle et de la lymphe; la glycogénie; la chaleur animale; les phénomènes de l'hibernation; l'action du cœur; la circulation pulmonaire; le pouls veineux les propriétés des artères viscérales; la nutrition dans quelques tissus; l'accroissement des jeunes animaux; les effets de l'abstinence; la transpiration cutanée, etc. »

Non pas que sur toutes ces questions l'auteur soit d'accord avec les grands physiologistes de l'époque; la contradiction parait du reste être inhérente aux talents de M. Colin; dans tous les cas, quand un homme de sa valeur raconte le résultat d'expériences aussi nombreuses que variées, force est bien d'en tenir grand compte, et d'expérimenter à nouveau.

II. Recherche sur la digestion des aliments amylacés chez les enfants, Par le docteur P. SONSINO. *L'Imparziale*, (1º fev. 73).

Dans sa communication à la société médicale de Florence 12 mai 1872), l'auteur avait déjà montré, que dans les premières années de la vie, l'enfant présente une « dyspepsie physiologique » pour les aliments féculents.

Dans ses nouvelles recherches, il a examiné avec le microscope et les réactifs, les matières alvines d'enfants nourris exclusivement avec des aliments amylacés. Le tableau suivant démontre que l'amidon a été trouvé presque toujours.

âge	nombre d'enfants	
9 à 5 mois	4	Amidon
10 mois	1	» en petite quantité
12 à 16 mois	3	Pas d'amidon
2 ans	1	Amidon
3 ans	1	» en petite quantité

III. Histologie et physiologie du pénis, par Alx. W. STEIN M. D (*New-York médical, juin 1872.*)

Histologie. — Le tissu erectil du penis consiste en cavités veineuses, ou cavernes qui communiquent librement les unes avec les autres: elles sont en rapport avec le système veineux général, et sont revêtues d'un épithélium pavimenteux Dans le corps spongieux les cavités sont très-larges à la surface, immédiatement sous la tunique albuginée: plus on se rapproche de l'axe de l'urèthre, plus elles sont petites et étroites. Dans le bulbe elles sont plus grandes que partout ailleurs.

Les cloisons de ces cavités sont formées de muscles lisses, qui leur forment une paroi contractile. On y trouve aussi du tissu conjonctif entre les faisceaux musculaires, des vaisseaux sanguins, des nerfs et des lymphatiques.

La gaîne de tissu conjonctif, connue sous le nom de tunique albuginée du corps spongieux, et qui immédiatement s'élève au-dessous du tissu conjonctif aréolaire sous-cutané, enveloppe le corps spongieux dans toute son étendue, est le point de départ de ces innombrables faisceaux de muscles organiques, qui pénètrent de toutes parts la substance spongieuse. C'est eux qui forment par leurs intrications dans tous les sens le tissu caverneux.

Sur une coupe transversale, les faisceaux musculaires semblent d'abord former une couche concentrique à la face interne de l'albuginée ; mais à un examen plus attentif on reconnait que le faisceau ne forme point un anneau complet, mais que celui-ci résulte plutôt d'une série de petits faisceaux musculaires disposés horizontalement à la suite les uns des autres.

Dans la même section on peut voir les artères profondes du corps spongieux, situées à une égale distance de la couche externe et du canal de l'urèthre, dans chaque cavité du corps spongieux. De cette façon, les artères sont situées à peu près sur le même plan transversal que le canal de l'urèthre; cependant on en rencontre parfois quelques-unes au-dessus, quelques autres au-dessous de ce plan : au niveau du bulbe, elles sont toutes au-dessous du canal, à cause de la plus grande épaisseur de sa paroi à ce niveau.

Selon Muller il y a deux espèces d'artères dans le corps spongieux : les premières sont les artères nutritives des veines et des cloisons du corps spongieux, elles s'anastomosent largement les unes avec les autres et se terminent par des capillaires. La seconde espèce est formée des artères hélicines. Elles naissent aussi bien des gros troncs que des petites branches artérielles; sur des coupes longitudinales on les voit affecter une disposition, tantôt arborescente, tantôt étoilée, en se terminant par un renflement qui flotte librement dans la cavité veineuse. Elles sont revêtues d'un épithélium pavimenteux. On les découvre plus facilement dans le corps caverneux que dans le corps spongieux, où elles sont cependant plus nombreuses au niveau du bulbe.

Leur renflement terminal présente une fissure en V, analogue à celle de la lentille cristalline de l'œil. Les plus petites ont seulement une fissure transversale. Stilling pense que les fissures sont des ouvertures artérielles qui closes dans l'état ordinaire, s'ouvrent au moment de l'érection pour verser le sang artériel dans les cavités veineuses.

Ces artères sont accompagnées d'un système spécial de faisceaux musculaires, qui s'insèrent à différents points de la tunique de ces faisceaux. Stilling, le premier je crois, a appelé l'attention sur cette disposition anatomique. Ces bandes musculaires sont renforcées çà et là par des faisceaux venus du voisinage. Elles sont plus fortes autour des plus grosses artères. Le renflement terminal de ces artères possède des faisceaux musculaires disposés concentriquement, c'est sans doute le sphincter de leurs ouvertures.

Un autre fait anatomique important également mentionné par Stilling, c'est les connections intimes de l'épithélium de l'urèthre avec le tissu sous-muqueux du corps spongieux. Certaines cellules épithéliales possèdent des prolongements qui pénètrent dans les couches sous-jacentes.

Stilling affirme que les cellules épithéliales de l'urèthre ont de nombreuses connexions avec les fibres musculaires, les nerfs et les autres tissus du corps spongieux. « Les cellules les plus superficielles, dit-il, se terminent par un pédicule ou un prolongement filiforme, qui, souvent reste attaché à la membrane muqueuse quand le corps de la cellule s'est desquammée. Une bonne coupe longitudinale montrera souvent trois ou quatre celulles suspendues par leurs queues comme des poires, le corps de la cellule dirigé vers la vessie la queue vers le méat urinaire. Je préciserai les connexions précises de ces celulles dans des recherches futures ; je verrai si elles se continuent avec des fibres nerveuses ou des fibres musculaires. »

Je dis à présent, nous considérons d'une part l'extrême sensibilité de la couche épithéliale de la cornée à un corps étranger : (le contact le plus léger de la pointe d'une aiguille qui termine des mouvements réflexes) et après la destruction de la couche superficielle la pointe de l'aiguille devient excessivement douloureuse; le chirurgien qui est appelé a enlever des corps étrangers de la cornée, paillettes de fer, grains de sable etc., a été mille fois témoin de ce fait, nous sommes portés à penser que les celulles superficielles ne sont autres que la terminaison des fibres nerveuses. Il en est peut-être de même pour le canal de l'urèthre.

Physiologie. — La cause et le mécanisme de l'érection dépendent de deux phénomènes qui se produisent simultanément. 1° Il se fait dans les artères un afflux de sang qui est versé par les artères hélicines dans les aréoles du corps spongieux. 2° Les veines qui remportent le sang du pénis sont comprimées à leur sortie, de manière à amener une stagnation du sang. Dans l'état de flaccidité du pénis une égale quantité de sang artériel entre et sort de cet organe, mais pendant l'érection les artères sont activement distendues par la contraction des bandes musculaires que nous avons décrites plus haut.

Dans le premier cas encore la tonicité naturelle des fibres musculaires des cloisons du tissu spongieux suffit pour maintenir, appliqués les parois des cellules les unes contre les autres, et les sphincters des ouvertures des artères hélicines suffisent pour empêcher le sang de distendre les cavités veineuses. Mais quand survient l'érection, ils cèdent à la pression du sang que les artères dilatées activement par leurs bandes musculaires reçoivent en grande abondance. On sait que les faisceaux reçoivent leurs nerfs moteurs du nerf honteux interne, branche du plexus sacré, c'est ce que démontre sa section chez les animaux.

Les racines des corps caverueux la veine dorsale de la verge et le bulbe de l'urèthre sont d'autre part comprimés par les muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux, ce qui suspend le retour du sang veineux. Muller a démontré que le sang accumulé dans le pénis pendant l'érection est soumis à une pression égale à une colonne d'eau de six pieds de haut.

Le corps spongieux de l'urèthre possède une certaine force de contraction qu'il doit à ses faisceaux de fibres lisses qui occupent les aréoles du tissu spongieux. Cette contraction est démontrée par la résistance qu'éprouve parfois la sonde chez certains individus, a une faible distance du méat : elle est plus forte aux points où le tissu aréolaire a des mailles très-fines; elle est plus faible au niveau du bulbe où il existe de vastes cavités veineuses.

A la fin de la miction la tonicité des fibres lisses du corps spongieux est suffisante pour appliquer les parois de l'urèthre l'une contre l'autre et expulser les dernières gouttes d'urine.

R. F.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de chimie légale, par Alfred NAQUET. — Savy, libr. éditeur.

Le but de l'auteur, en écrivant ce résumé des connaissances chimiques nécessaires à l'expert dont les tribunaux invoquent le concours, est surtout d indiquer une méthode générale pouvant diriger le chimiste lorsqu'il ne possède aucune donnée capable de le guider, de l'éclairer dans ses recherches. — Sans admettre absolument l'assertion que cette méthode a fait complétement défaut jusqu'à ce jour, il faut reconnaitre qu'en général les traités de chimie légale ont le défaut de supposer l'expert en face d'un problème bien déterminé, tandis que souvent, il ne sait de quel côté diriger ses recherches.

Quoiqu'il en soit, l'ouvrage de M. Naquet donne un fil conducteur qui permet de se reconnaitre dans ce dédale. Dans un empoisonnement supposé, il ne peut s'agir évidemment que de poison organique ou inorganique; et la méthode à suivre varie selon que l'on adopte telle ou telle supposition. M. Naquet donne les règles générales à suivre dans les deux cas, en indiquant les procédés les plus sûrs, avec une description nette et complète de la manière d'opérer. Nous lui reprochons cependant l'ordre qu'il a suivi, ce n'est qu'au chapitre III qu'il traite de la méthode à suivre lorsqu'on n'a aucune donnée sur la nature du poison. A notre avis, ce sujet aurait dû faire la matière du chapitre 1er; la description des procédés spéciaux d'après les indications fournies par les expériences préliminaires ne devant venir qu'après. Reconnaissons d'ailleurs que ces descriptions sont complètes, non-seulement en elles-mêmes, mais encore quant à leur nombre, au moins pour les poisons inorganiques. Quant aux poisons organiques si nombreux, la nomenclature en est moins complète, mais cela n'a guère d'importance, ceux qui manquent étant peu répandus et surtout peu connus.

La seconde partie du livre de M. Naquet est moins purement chimique, bien qu'il s'agisse de faits où la chimie joue encore le rôle principal. Telles sont par exemple la détermination de la couleur et de la nature des poils, de l'examen des armes à feu, ou de l'altération des écritures par graissage ou lavage, de celles des monnaies, des denrées alimentaires ou pharmaceutiques, enfin des taches de sang ou de sperme. Dans tous ces cas, M. Naquet a indiqué les procédés les plus récents et les plus sûrs pour parvenir à la reconnaissance de la vérité, et, là encore, son livre pourra être d'une grande utilité. Non pas qu'à lui seul il suffise à faire de tous médecins ayant des connaissances chimiques ordinaires, un expert d'une habileté consommée, mais il pourra servir de memento aux plus habiles, et quant aux autres, même en tenant compte de certaines lacunes qu'il faut s'attendre à trouver dans un précis il pourra les tirer souvent de grands embarras et en tout cas, leur faire éviter de grossières erreurs. E. T.

Chronique des hôpitaux

Hôtel-Dieu. — Le *vendredi 11 juillet*, à 9 h. 1/2, M. GRÉHANT fera à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, une démonstration de la méthode et des appareils de dosage du gaz du sang et leurs applications aux recherches cliniques.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur GOSSELIN ; cliniques les mardis, jeudis, samedis. — Salle des hommes : — 1. Gros abcès inguinal droit sous-cutané, consécutif à une adénite, partie d'un herpès préputial ; — 9, double orchite chronique syphilitique (?) avec induration suspecte à la base de la prostate. — Nécrose de la voûte palatine ; — 15, abcès fistuleux à la partie postérieure de la cuisse gauche, entretenu par un corps étranger morçeau de bois long de 11 centimètres et large de deux environ), ayant séjourné dans la cuisse depuis dix ans et devenu le point de départ d'une myosite à la suite d'une nouvelle contusion survenue il y a six mois, accidents aigus depuis trois semaines seulement ; — 20, brûlures multiples du premier et du second degré, par l'incandescence d'eau-de-vie camphrée sur tout le corps et principalement à la partie latérale gauche ; — 47, choroïdite chronique ; — 48, Kérato-Conjonctivite de l'œil droit ; Blépharo-Conjonctivite de l'œil gauche.

Service de M. BERNUTZ. — Consultation le jeudi. — Examen au spéculum pour les malades de la salle et du dehors le samedi. — Salle des hommes (St-Ferdinand) : — 4, ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine et du voile du palais ; — 19, tumeur de la région épigastrique (cancer du foie), prise d'abord pour un kyste hydatique ; ponction ; — 27, hypertrophie considérable du foie ; cause à rechercher. — Salle des femmes (St-Joseph) ; — 14, tubercules. — hydro-pneumo-thorax de formation récente, facile à constater (succussion hippocratique) ; — 15, hystérie consécutive à une pelvi-péritonite ; analgésie de tout le côté gauche du corps ; — 21-24, suppression de règles ; — vomissements incoërcibles rebelles à tout traitement.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL : cliniques les lundis, mercredis et vendredis. — Salle des femmes : N° 11, corps fibreux de l'utérus (jeune fille de 16 ans). — Salle des hommes : n° 16, Zona de la face, n° 44, gommes multiples de la main et de l'avant-bras droits.

Service de M. LASÈGUE. Cliniques les mardis, jeudis et samedis. — Salle des femmes : n° 4, rhumatisme noueux ; n° 13, pleurésie double. n° 18, hématocèle rétro-utérine. — Hommes ; n° 3, encéphalopathie saturnine ; n° 5, paralysie générale ; n° 13, paralysie agitans ; n° 40, angine syphilitique.

Service de M. MAROTTE. — Salle du Rosaire : n° 11, cancer de l'épiploon. — Salle St Athanase : n° 20 ; cancer du foie ; — n° 21, péritonite tuberculeuse ; — n° 31, méningite tuberculeuse.

Hôpital des Enfants malades. — M. de SAINT-GERMAIN. — Clinique chirurgicale les jeudis. — M. ROGER : — Clinique médicale les samedis. — M. BOUCHUT : — Clinique médicale les mardis. — Salle Sainte-Catherine : n° 3, pneumonie du sommet droit ; n° 6, rhumatisme articulaire aigu. Endocardite ; n° 12, affection cardiaque ; anasarque considérable, pas d'albuminurie ; n°s 5, 15 et 25, endocardites anciennes ; n° 24, pleurésie droite ; n° 35, paralysie essentielle.

Hôpital des cliniques. — Service de M. BROCA. — Leçons cliniques, lundi et vendredi. — Mercredi leçons au lit des malades. — Salle des hommes : n° 1°, hydrocèle, varicocèle, double kyste du cordon ; n° 11, tumeur carcinomateuse du testicule ; n° 13, testicule syphilitique ; n° 14, hernie, hydrocèle du sac et de la tunique vaginale ; n° 20, hydrocèle ; n°s 21 et 34, double cataracte ; n° 23, kyste hydatique. — Salle des femmes : 15, anévrysme de la sous-clavière ; 24, anévrysme crisoïde du cuir chevelu ; 17, rétrécissement de la trachée.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. VIDAL. — Salle St-Louis : n°s 19, syphilide tuberculo-ulcéreuse ; 27, pityriasis rubra de la face et du cou ; 28, syphilide acnéique en corymbes ; 32, syphilide ulcéreuse de la face. — Salle St-Thomas : 4, acné pilaris ombiliqué ; 8, syphilide ulcéreuse, rupia.

Service de M. LALLIER. — Salle Ste-Foy : n°s 3, syphilis viscérale ; 17. lupus ; 46, ichthyose invétérée, — Salle St-Léon : n°s 5, lichen généralisé ; 36, ulcération de la langue.

Service de M. HARDY. — Salle St-Jean : n°s 66, hyperhydrose des mains et des pieds ; 19, molluscum ; 32, psoriasis ; 37, syphilide ulcéreuse guérie par un érysipèle ; 53, cancroïde de la cuisse droite.

Service de M. CRUVEILHIER. — Salle Ste-Marthe : n°s 21, testicule syphilitique ; 25, contusion des jarrets suivie de paralysie des deux jambes ; 54, abcès par congestion de la fosse sous-épineuse. — Salle St-Augustin : 12, abcès de la rate.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. HARDY : Leçons le vendredi, à 9 heures. — M. LAILLER : Leçons, le samedi, à 8 heures et demie. — M. HILLAIRET Leçons, le mercredi, à 9 heures et demie. — M GUIBOUT : Conférences, les lundis et mardis, à 8 heures et demie.

Hôpital Cochin. — Service de M. DESPRÉS. — Hommes. — Bar. I. N° 5, mal de Pott au début ; — n° 2, Abcès urineux. — Bar. III, n°s 1 et 2, mal de Pott ; — n° 7, abcès urineux. Fistule : uréthrotomie externe ; — n° 12, farcin chronique. — Bar. II, n° 14, fistule de la bourse séreuse ischiatique ; — n° 22, phlegmon iliaque ; — n° 33, cystite.

Salle Cochin — N° 8, ulcère de cicatrices ; — n° 9, épiploïte phlegmoneuse profonde ; — n° 10, abcès de la prostate ; — n° 15, iritis syphilitique double : œil gauche traité le 15e jour, synéchies ; œil droit traité de suite, pas de synéchies ; — n° 23, fractures des côtes. — Déchirure du poumon. — Emphysème.

Femmes. — S. Jacques. — N° 7, abcès périvésical consécutif à une cystite cantharidienne ; — n° 15, iritis syphilitique ; — n° 23, Sarcome de la fosse iliaque.

Hôpital Lariboisière. — Service du docteur TILLAUX. — Opérations tous les mercredis. — Examen des malades par les élèves. — *Salle St-Jeanne* : n° 9, ozène causé par carie du nez ; — n°, amputation tibio-tarsienne pour un sarcome de la région plantaire ; — n° 25, kyste du creux poplité.

Salle St-Louis : n° 2 sacro-coxalgie avec abcès par congestion ; — n° 20, rétrécissement de l'urèthre — infiltration d'urine ; — phlegmon gangréneux du scrotum ; — n° 24, plaie de l'émineuce thénar avec section de la radio-palmaire ; hémorrhagies secondaires ; — n° 27, amputation de l index de la main gauche pour arthrite fongueuse, datant de 5 ans ; — n° 32, ostéo-périostite de l'extrémité interne de la clavicule, de nature syphilitique — arthrite de l'articulation sterno-claviculaire.

Salle St-Augustin : — n° 13, ostéo-périostite du tibia, suite de contusion ; — 24 nécrose phosphorée (?) du maxillaire inférieur ; — n° 31, plaie de la radiale dans la tabatière anatomique — hémorrhagie secondaire — ligature dans la plaie.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Cours cliniques et pratiques sur les maladies mentales et nerveuses.* Ce cours est fait successivement par MM. Dagonnet, P. Lucas, Magnan et Bouchereau. — Avant chaque leçon, examen direct par les élèves. — 6 juillet, M. PROSPER LUCAS. Application des lois de la génération, et particulièrement de l'hérédité des maladies mentales, et examen des questions médico-judiciaires qu'elles soulèvent.

Hôpital Lourcine. — *Maladies syphilitiques.* M. Alfred FOURNIER fait des leçons cliniques tous les jeudis, à 9 heures. MM. les étudiants doivent se munir d'une carte spéciale au secrétariat de la faculté.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le Dr DUPLAY. — Leçons de cliniques chirurgicale tous les mardis à 9 heures.

Enseignement médical libre.

M. le docteur Pierre BOULAND commencera jeudi, 10 juillet, à 1 h., rue Rossini n° 20, des conférences cliniques sur *les maladies chroniques de l'appareil locomoteur* (difformité du rachis et des membres), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. (*Tribune méd.*).

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Du 21 au 27 juin, 729 décès, 27 de plus que la semaine précédente. Rougeole, 14 ; — fièvre typhoïde, 7 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite aiguë, 21 ; — pneumonie, 36 ; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 9 ; — *choléra nostras*, 1 ; — angine couenneuse, 4 ; — croup, 12 ; — affections puerpérales, 4.

LONDRES, — Du 15 au 21 juin, 1191 décès. Rougeole, 31 ; — diphthérie, 11 ; — croup, 16 ; — coqueluche, 39 ; — fièvre typhoïde, 12 ; — érysipèle, 9 ; dyssenterie, 2 ; — *diarrhée*, 20 ; — *choléra nostras*, 1 ; — bronchite, 102 ; — pneumonie, 67.

BERLIN. — D'après une dépêche publiée par un journal anglais, le *choléra* sévirait à Berlin (?).

CHOLÉRA. *Italie.* — La *Gazetta medica italiana* (Venete) du 27 juin donne les renseignements qui suivent relatifs à l'apparition du choléra dans la province de *Trévise* Le 20, à Motta, 1 cas ; — à Villanova, 1 décès, 3 autres cas ; — le 21, 1 cas à Casala ; — le 22, 3 cas à Villanova, 1 guéri, 2 morts ; — le 23, 2 nouveaux cas à Casala. — Du 23 au 26, 4 cas : 2 morts, 2 guérisons. En résumé, il y a eu 28 cas, 17 morts, 4 guérisons et il reste 7 malades en traitement.

Etats-Unis. — Les dernières dépêches signalent une recrudescence du choléra à *Nashville* et *Cincinnati.*

Herborisations.— M. *Baillon* fera son herborisation le dimanche 6 juillet sur les bords de la Marne. Rendez-vous à 10 heures, au pont d'Austerlitz. M. *Decaisne* fera son herborisation le dimanche 6 juillet sur les coteaux de Bouray et de Lardy. Rendez-vous à la gare du chemin de fer d'Orléans à 6 h. 45.

Concours. — Un concours pour 144 places d'interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Lyon, aura lieu à Lyon le lundi 13 octobre. — Le registre d'inscription sera clos 8 jours avant l'ouverture du concours. On s'inscrit à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Concours pour les places de chef des travaux anatomiques, de prosecteur et d'aide-prosecteur d'anatomie. — Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de Médecine de Lyon, aura lieu le mardi 4 novembre 1873 à onze heures. Le concours se compose des épreuves suivantes ; 1° Une préparation anatomique extemporanée, suivie d'une dissertation orale sur cette préparation. — 2° Une leçon de trois quarts d'heure, après 24 h. de préparation libre sur un sujet d'anatomie donné par le jury. — 3° Appréciation des titres et travaux scientifiques. — Les fonctions de chef des travaux anatomiques auront une durée de 3 ans à partir du 1er novembre 1873. — Un traitement de 1,000 fr. est attaché à ces fonctions. — Le concours se compose des épreuves suivantes : 1° Présentation d'une pièce sèche d'anatomie au choix des candidats. — 2° Préparation anatomique extemporanée, suivie d'une dissertation orale sur cette préparation. — 3° Mémoire écrit sur une question d'anatomie et de physiologie donnée par le jury. Le candidat placé au premier rang par le jury sera nommé prosecteur; le second aide-prosecteur. — Les fonctions de l'un et de l'autre auront une durée de deux années à partir du 1er novembre 1873. « Le traitement du prosecteur est de 500 fr.; celui de l'aide-prosecteur est de 250 fr. » (*Lyon médical*).

Monument a Eustache — L'Italie vient d'ouvrir une souscription nationale pour élever une statue au célèbre anatomiste Bartholomeo Eustachio, dans sa ville natale, Sanseverino-Marche.

Les prof. Baccelli et Tommasi Crudeli. — Des actes de violence ont été commis par le professeur Baccelli sur le professeur Crudeli, à l'Institut de Physiologie et de Pathologie de Rome, dont ce dernier est Directeur. — L'offensé, indigné suspendit ses leçons en déclarant, que la justice des autorités seules, les lui feraient reprendre. Le Conseil supérieur de l'instruction publique, chargé par le Ministre, de décider la question, prononça à l'unanimité, un acte d'accusation contre le prof. Baccelli, en lui accordant un mois pour préparer sa défense. M. Crudeli reprit immédiatement ses leçons.

Vacances médicales. — Un médecin habitant une charmante propriété, avec jardin et petit bois, située entre une belle forêt et la rivière. près d'une station de chemin de fer, à deux heures de Paris, prendrait volontiers avec lui un convalescent ou malade, traitement dans les meilleurs conditions hygiéniques : s'adresser au bureau du journal. (*La Tribune médicale*).

École de médecine de Caen. — M. Auvray, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur adjoint de clinique externe de ladite Ecole, en remplacement de M. Postel, décédé.

M. Wiart, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie et chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Auvray.

M. Lhirondel, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Wiart.

M. Levéziel, suppléant pour les chaires de médecine à ladite Ecole, est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Wiart.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Hecquel, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant de la chaire d'histoire naturelle et de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Citerne, démissionnaire.

Ecole de médecine de Lille. — M. Castelain, docteur en médecine chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie près ladite école.

Création d'une chaire d'Histologie a Madrid. — Par un décret de l'Assemblée nationale Espagnole, la faculté de médecine de Madrid possède une chaire d'histologie normale. Cette décision a excité la jalousie des professeurs de la faculté de Valence, qui protestent contre la préférence qui a été donnée à la capitale, et demandent la création d'une autre chaire pour leur faculté. Les professeurs de Madrid ont invoqué dans la pétition qu'ils ont adressée à l'Assemblée leur ignorance en anatomie microscopique; ceux de Valence, au contraire, se basent sur les efforts qu'ils ont faits dans l'enseignement de l'histologie, pour motiver leur pétition. — Les journaux ont pris une part très-accentuée à cette polémique, et on n'a pas manqué de proposer l'autonomie des facultés Espagnoles.

Erratum. — Dans la 1re formule insérée à la 1re colonne de la page 33 du *Progrès*, il faut lire « acide *carbolique* (phénique) » au lieu de « acide *carbonique.* »

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de A. Dechambre. 3e série, tome 1er, 1re partie (*Qua-Rac*). Ce volume, de 400 pages, contient entre autres les articles suivants : *Quarantaines*, par L. Collin ; — *Quinine*, par Gobley et Delioux de Savignac ; — *Quinquina*, par Planchon, Gobley et Delioux de Savingac. — *Races*, par A. de Quatrefages ; — 6 fr. le demi volume.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole de Médecine.

Choussy (L). — Etude médicale sur l'eau de la Bourboule, première partie : les conditions dans lesquelles on l'emploie ; ses effets physiologiques. In-8 de 80 pages.

Débrousse-Latour. Des sueurs locales. In-8° de 58 pages, 2 fr.

Librairie LAUWEREYNS, rue Casimir Delavigne, 2.

Rabuteau (A.) Eléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement. 1er fascicule de 324 pages. Prix de l'ouvrage complet : 7 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. — Imprimerie Cerf et fils, 59, rue du Plessis.

1re ANNÉE — N° 5 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 12 JUILLET 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois................. 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. { 1 page.... [illegible] fr. / 1/2 page.... [illegible] — / 1/4 page.... [illegible] — }

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOTEL-DIEU. — **M. le Professeur RICHET.**

Luxation de la tête du fémur gauche à la partie supérieure et postérieure de la fosse iliaque externe immédiatement au dessus de l'échancrure sciatique — datant de 35 jours. — Reduction. — Guérison.

Leçons faites le 31 mai et le 3 juin 1873 — recueillies par M. LONGUET interne du service.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir maintenant d'un cas très-rare et très-grave, d'un de ces cas dont on peut à peine voir 1 ou 2 exemples par an, à Paris, et dont je n'ai pu encore recueillir que 10 observations dans toute ma carrière chirurgicale, soit aux hôpitaux, soit en ville, — je veux parler d'une luxation de la hanche en arrière, la tête du fémur étant dans la fosse iliaque postérieure et supérieure.

Sur les 10 observations que je connais, 8 fois la luxation était récente, 2 fois elle était ancienne. ici nous avons affaire à cette dernière espèce.

Je dis que ce cas est rare, je dis aussi que cela est très heureux et pour le malade et pour le chirurgien parce que la réduction d'une telle luxation est extrêmement difficile et qu'il est toujours fort désagréable au malade de ne pas guérir, au chirurgien de subir un échec. Aussi ne laisserai-je pas échapper l'occasion d'appeler toute votre attention sur ce sujet à deux points de vue surtout, le diagnostic, le traitement. C'est là un des côtés les plus difficiles de la chirurgie, pour la connaissance duquel il faut de l'expérience, et l'expérience est bien longue à venir étant donnée la rareté du fait.

Voici ce que nous raconte le malade :

C'est un homme bien portant, très-vigoureux, jouissant d'un embonpoint assez grand. Il allait voir un de ses enfants, malade à l'hôpital Ste-Eugénie, et suivait la rue St-Antoine portant sur son épaule un autre de ses enfants. Voulant dépasser un groupe de personnes qui marchaient devant lui, il posait le pied droit sur la chaussée, le gauche restant sur le bord du trottoir, quand il fut renversé brusquement par une voiture arrivant grand train derrière lui; il fut roulé; la jambe gauche glissa et la roue du véhicule vint frapper d'arrière en avant la cuisse gauche alors pliée sur le bassin. Il se releva, essaya de marcher, mais en vain : on fut obligé de le porter chez lui. Un médecin fut appelé, qui examina le membre, déclara au blessé qu'il avait une contusion de la hanche et ordonna le repos au lit, des applications d'eau de guimauve alcoolisée, etc.

L'accident arrivait le 27 Avril.

Si le dire du malade est vrai, il serait atteint d'une luxation *directe*, ce qui est extrêmement rare ; luxation directe déterminée par une percussion *directe*. Habituellement, les luxations de la hanche arrivent par cause indirecte, écartement considérable des cuisses, chûte sur les genoux ou les pieds d'un lieu élevé, le membre inférieur étant dans une certaine position d'adduction et de rotation sur son axe. Il est facile de comprendre la force considérable qui doit être déployée dans cette circonstance, quand on se rappelle les puissances qui maintiennent la tête du fémur dans la cavité cotyloïde — excavation cotyloïdienne profonde : ligaments capsulaire et intra-articulaire, muscles nombreux et solides, pression atmosphérique. — Même sur le cadavre vous savez combien il est difficile de produire expérimentalement une luxation. Eh bien ! chez notre malade, il semble qu'il n'ait eu à subir qu'une violence peu considérable, il aurait été frappé par une voiture, par derrière, cette étiologie semble insuffisante. Aussi le médecin qui déclara l'existence d'une simple contusion, ayant dû accepter les renseignements qu'on lui donnait, avait-il une excuse pour une erreur de diagnostic.

Quoi qu'il en soit, le malade fut laissé au lit et traité simplement pour une contusion.

Le 23 mai, le médecin examinant avec plus d'attention le membre malade fut frappé d'une déformation considérable de ce membre, comparé à celui du côté droit. Il demanda une consultation et les deux confrères reconnurent l'existence d'une luxation : ils firent une tentative de réduction, mais il y eut impossibilité absolue. Ils engagèrent alors le malade à venir à l'Hôtel-Dieu et nous constatâmes alors qu'il se trouvait dans l'état suivant.

Le malade étant couché — la première chose qui frappe, c'est la difformité considérable et caractéristique du membre inférieur gauche. La cuisse semble très-raccourcie, tout le membre est porté dans une rotation en dedans fort accentuée ; le pied est relevé et son bord externe regarde tout à fait en avant ; le talon est abaissé, son extrémité postérieure est tournée en dehors ; l'extrémité antérieure du gros orteil touche la malléole interne du côté droit ; le genou est porté en dedans, si bien que la rotule est appuyée tout contre le creux poplité droit. Le grand trochanter est situé beaucoup plus près de l'épine iliaque — il est très-remonté. Si on cherche la tête du fémur pour voir si elle remplit la

cavité cotyloïde, on sent que le doigt pénètre facilement dans un creux et que la tête n'est plus à sa place. A droite, il est facile de sentir la tête au-dessous de l'arcade crurale signe qui doit être toujours cherché; sur les personnes grasses, il est difficile à saisir, mais cependant on peut toujours en saisissant la racine de la cuisse à pleine main et en imprimant à l'extrémité inférieure des mouvements de rotation, on peut toujours, dis-je, sentir la tête rouler sous le doigt. Ici nous ne le pouvons pas du côté gauche, tandis que nous le pouvons très-bien à droite.

De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole externe le membre gauche mesure 87 centimètres, le membre droit 92. J'ai fait cette mensuration au moment de l'entrée du malade dans nos salles; je l'ai faite le lendemain, je l'ai encore pratiquée ce matin; le résultat n'a jamais varié. Le membre gauche est donc bien plus court que le droit de 5 centimètres.

Si on retourne le malade et qu'on l'examine par derrière, on trouve que le grand trochanter se meut avec la cuisse quand on imprime des mouvements à celle-ci. — Le pli fessier est presque effacé, et, dans la fosse iliaque externe et supérieure au dessus de l'échancrure sciatique, on trouve une saillie arrondie, dure, recouverte par le fessier. Qu'est-ce que cette saillie? Les mouvements d'adduction et d'abduction sont impossibles, mais les mouvements de flexion et d'extension (quoique limités) peuvent se faire: eh bien! on sent cette saillie, cette tumeur, suivre tous ces mouvements. Evidemment c'est bien la tête du fémur.

Sur ce bassin que je vous présente, vous voyez que la fosse iliaque externe est divisée en deux parties par une crête longitudinale partant du rebord cotyloïdien; une en avant (fosse iliaque externe et antérieure) l'autre en arrière (fosse iliaque externe et postérieure). C'est dans l'antérieure que se loge la tête quand la luxation est dite luxation iliaque externe; c'est dans la postérieure que passe la tête quand la luxation est dite luxation sciatique.

Ici nous avons affaire à une luxation de cette espèce. Mais la tête ne se loge pas toujours dans le même point; elle peut être dans l'échancrure même ou bien au-dessus. C'est au-dessus de l'échancrure que la tête fémorale se trouve chez l'homme qui fait le sujet de cette clinique. Je dis qu'elle est au-dessus, d'abord et surtout à cause de son rapport avec l'épine iliaque postérieure et supérieure, mais aussi parce que le malade ne souffre pas, qu'il ne se plaint pas d'engourdissement dans la jambe, qu'en un mot le nerf sciatique n'est pas touché ce qui arriverait infailliblement si la luxation était franchement sciatique.

La tête fémorale est donc positivement luxée et comme elle se meut avec le grand trochanter, comme je n'ai jamais senti de crépitation, je dis qu'il n'y a point de fracture du col.

La ligne qui sépare l'épine iliaque *postérieure* et *supérieure* de la tête fémorale mesure 7 centimètres.

Si nous examinons le malade debout, sa difformité devient peut-être encore plus apparente. Soutenu par des béquilles, il peut faire quelques pas et même poser la pointe du pied à terre mais alors le talon est élevé au-dessus du sol de 5 centimètres, la pointe du pied est tournée en dedans, le genou est légèrement fléchi, le membre entier est en rotation forcée. Quand on cherche à redresser la cuisse, le malade tourne le bassin tout entier et si la cuisse est lâchée brusquement, elle part comme un ressort et revient dans sa position première, la rotation en dedans exagérée.

Le bassin est très oblique, le côté gauche, du côté de la luxation, est situé sur un plan bien postérieur au côté droit porté un peu en avant ce qui imprime à tout le tronc un mouvement de rotation dans le même sens, la fesse paraît très-élargie et les masses musculaires de la cuisse semblent entraînées avec l'os dans la projection du fémur en arrière.

Je résume donc mon diagnostic en ces mots: luxation de la cuisse ancienne, dans la fosse sciatique en arrière et en haut.

Je disais tout à l'heure qu'il y a dans ce fait un point difficile, qui est celui-ci: Comment la luxation n'a-t-elle pas été reconnue?

Messieurs, il y a une explication pour cette circonstance. C'est qu'elle a fort bien pu ne pas être une luxation primitive. Il existe en effet une certaine variété de luxations de la hanche qui s'accompagnent de fracture du bourrelet cotyloïdien. Dans ces cas, la brèche faite au bord du pourtour de la cavité cotyloïde permet à la tête fémorale une issue facile et alors ce peut n'être que *consécutivement*, que la tête sorte de sa place habituelle: dans ces cas aussi, on a d'abord les signes de la fracture, et plus tard les signes de la luxation.

J'ai publié dans les Bulletins de la société de chirurgie un mémoire sur les fractures du rebord cotyloïdien avec luxation de la tête du fémur, dont j'extrais le résumé des deux observations qui furent le point de départ de mon travail.

La première est celle d'un petit jeune homme de 18 ans qui dans un bal public, voulant faire le beau, essayait de déployer ses charmes en *se fendant* devant sa danseuse.

Dans un de ces mouvements violents d'expansion, il poussa un cri perçant et au lieu de se relever comme il le faisait auparavant, il resta dans la position singulière qu'il occupait. Les personnes qui l'entouraient crurent à une plaisanterie, mais voyant sur ses traits l'expression d'une douleur qui ne pouvait pas être simulée, elles le relevèrent et le portèrent chez lui sur un brancard. Nous fûmes appelés M. Demarquay et moi, nous constatâmes tous les signes d'une fracture, crépitation, gonflement, douleur, etc., et nous plaçâmes le membre dans un appareil. Mais le lendemain, nous trouvâmes une luxation de la hanche. Devant l'évidence des signes, nous crûmes à une erreur de diagnostic, et alors nous fîmes la réduction, le malade étant dans la résolution chloroformique absolue.

Pas de difficultés; la tête rentra facilement et un appareil contentif fut placé. Huit jours après, la luxation était reproduite; une nouvelle tentative de réduction eut lieu suivie d'un succès complet: 8 jours plus tard, la luxation était encore reproduite; une troisième réduction fut faite; mais inutilement car le malade a conservé sa tête fémorale dans sa fosse iliaque externe.

Ce fait m'avait beaucoup préoccupé lorsque j'en eus à observer un deuxième exemple. Un concierge fumait tranquillement sa pipe appuyé contre le montant de sa porte lorsqu'un gros chien de Terre-Neuve se précipita entre ses jambes d'arrière en avant, le transporta ainsi jusqu'au milieu de la chaussée et le précipita à terre. Le docteur Desruelles et moi, trouvâmes tous les signes d'une fracture du col fémoral: nous appliquâmes un appareil à extension continue et je me souviens même d'avoir enfoncé un piton dans le bois du lit pour attacher un acs contr'extenseur. Le lendemain, nous trouvâmes tous les signes d'une luxation — nous réduisîmes avec le chloroforme — mais la luxation se reproduisit. Cette fois, je ne pris pas le change et j'annonçai que nous avions affaire à une fracture du sourcil cotyloïdien. Je m'efforçai alors de maintenir la cuisse en place pendant très-longtemps et j'obtins un demi succès. Le meilleur procédé pour maintenir ces luxations est d'attacher les deux jambes l'une à l'autre.

Plus tard, vint mourir dans mon service un malade qui jadis avait eu une luxation sus-pubienne non réductible et qui avait été le sujet d'une note de Béraud qui disait avoir été en présence d'une luxation de la cuisse avec fracture du fémur. Je trouvai les traces évidentes d'une fracture du sourcil cotyloïdien à sa partie supérieure.

Il faut toujours, Messieurs, avoir ces faits présents à la mémoire dans les traumatismes des os formant l'articulation coxo-fémorale, et je me demande si nous ne serions pas en présence d'un tel cas; ce qui pourrait parfaitement être la cause de l'erreur de diagnostic qui a été commise à propos de notre malade. Alors voici ce qui se serait passé; il y aurait eu fracture du rebord cotyloïdien en arrière et quelques jours après, luxation en arrière. Si cela était, ce

serait presque heureux pour le malade, parce que la réduction sera bien plus facile et ce serait heureux aussi pour le médecin qui a diagnostiqué une contusion, car avec des signes tellement prononcés l'erreur eût été trop grave : et enfin le malade a été frappé directement, c'est une chance de plus en faveur de la fracture, la luxation directe étant, comme je l'ai déjà dit, fort rare.

Nous voici donc en présence d'un déplacement du fémur dans la fosse iliaque externe et en haut de cette fosse. Eh bien! Messieurs, je vous répète que cette lésion est fort grave. Même quand la luxation est récente on peut éprouver des difficultés insurmontables pour la réduction et je me souviens toujours d'un malade que j'ai eu à la Pitié, il y a quelques années, auquel nous avons essayé, M. Gosselin et moi, de réduire une luxation de la hanche récente. Nous fîmes les tentatives les plus énergiques sans aucun succès et après un dernier essai non moins infructueux, la résolution musculaire ayant été poussée à ses dernières limites, le malade succomba sous l'influence du chloroforme. Nous fîmes l'autopsie : la tête du fémur était dans l'échancrure sciatique, la capsule articulaire et les muscles qui s'insèrent à l'extrémité supérieure du grand trochanter étaient enroulés de telle façon autour du col que même sur le cadavre, la réduction était *impossible*.

Si nous avions déployé une force plus grande, nous aurions fracturé le col, le fémur même, comme cela est arrivé à Malgaigne dans un cas dont je fus témoin et qu'il rapporte fort sommairement dans son traité des luxations.

Si la réduction de ces luxations est difficile quand elles sont récentes, vous devez comprendre qu'elle le doit être bien plus encore quand elles sont anciennes, car aux causes qui maintiennent la tête à sa place anormale s'en joignent de nouvelles dont les principales sont : les adhérences qui se forment au pourtour de la tête et qui la fixent d'autant plus solidement qu'elles sont plus anciennes et l'obturation de la cavité cotyloïde par des produits inflammatoires néoplasiques, lesquels produits comblent le creux articulaire à un point tel que la tête ne peut plus rentrer.

Nous allons avoir à lutter contre tous ces obstacles, car la luxation date de 35 jours : aussi allons-nous avoir à déployer toutes nos puissances. La première sera le chloroforme, donné avec ménagement mais poussé très-loin, jusqu'à ce que nous ayons obtenu la résolution musculaire absolue. Puis nous imprimerons au membre des mouvements d'adduction, d'abduction, de circumduction surtout, pour mobiliser la tête fémorale, pour la dégager des adhérences qui constituent la pseudarthrose — employant ainsi la méthode dite de douceur.

Lorsque la tête sera mobilisée, nous aurons à la faire rentrer à sa place et pour cela nous essaierons de lui faire parcourir le chemin qu'elle a dû suivre pour se porter dans la position mauvaise qu'elle occupe. Peut-être réussirons-nous du premier coup; on a vu des réductions s'opérer ainsi avec une facilité surprenante : s'il y a fracture du rebord cotyloïde, ce bonheur pourrait bien nous arriver. Mais, Messieurs, j'avoue que je n'y compte pas; je crois au contraire que nous aurons de la difficulté, beaucoup de difficulté même.

Alors j'appliquerai les mouffles. Grâce à l'intervention d'une puissance de traction qui ne dépassera pas 120 kil. au dyamomètre, je ferai descendre la tête jusqu'au niveau de la cavité cotyloïde et alors portant brusquement le fémur en dehors en lui imprimant un mouvement de rotation et d'abduction, je pousserai la tête dans la cavité.

Il est fort possible que j'échoue, je dois le répéter encore. — Nous ferons alors plusieurs tentatives non pas aujourd'hui, mais dans quelques jours; nous en ferons une, deux, même trois, car il est des exemples de succès après des tentatives faites ainsi successivement. Dans tous les cas, on peut mettre la cuisse dans une position meilleure ainsi que j'ai pu le faire chez un homme à l'hôpital Saint-Louis. Le malade dont je parle a pu marcher avec une bottine particulière. Je souhaite pouvoir rendre à notre homme un pareil service. *(A suivre.)*

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES.— **M. RANVIER.**

Du système lymphatique.

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Les vaisseaux lymphatiques. (1)

3. *Etude des capillaires lymphatiques*. Les capillaires lymphatiques diffèrent des vaisseaux plus gros par l'absence de fibres musculaires et parce que leur épithélium est beaucoup plus dentelé que dans les vaisseaux plus volumineux. Il est très-important de savoir comment ces vaisseaux se présentent sur une coupe transversale pour pouvoir les reconnaître au milieu des tissus sains ou morbides que l'on a à examiner. Lorsqu'un lymphatique est coupé bien transversalement au milieu des faisceaux de tissu conjonctif qui l'accompagnent et dont on voit aussi la section transversale, il paraît au milieu d'eux comme une lacune, comme un espace où les faisceaux de tissu conjonctif s'écarteraient les uns des autres; cette lacune présente une fine bordure fibrillaire en dedans de laquelle se trouvent de distance en distance de gros noyaux compris dans une membrane souple qui, dans l'intervalle entre deux noyaux, repose sur la bordure fibrillaire elle-même. Virchow qui considérait les espaces entre les faisceaux de tissu conjonctif comme des cellules plasmatiques, aurait pu à la rigueur trouver au point que nous décrivons une cellule plasmatique plus grande que les autres.

Pour examiner les capillaires dans leur longueur, on peut avoir recours, soit à l'injection directe par piqûre, soit à l'injection par les artères. L'injection directe donne surtout de beaux résultats au point de vue des réseaux. Elle doit être faite avec du bleu de Prusse soluble ; pour les démonstrations histologiques, le mercure auquel on a recours dans l'anatomie descriptive, est loin de donner des résultats assez délicats, et d'injecter les réseaux les plus fins ; le bleu de Prusse soluble remplit au contraire les capillaires les plus ténus. Ainsi on n'a qu'à piquer n'importe où dans le testicule ; on remplit avec une injection de grands départements lymphatiques, et on trouve le bleu jusque dans le canal thoracique (Ludwig). Sur un animal fraîchement tué, on peut facilement injecter les lymphatiques en poussant une injection n'importe où dans la peau.

On peut aussi injecter les capillaires lymphatiques par le moyen des artères, comme nous l'avons dit plus haut à propos des troncs lymphatiques. A cet effet, l'intestin de certains animaux, et surtout celui du lapin, à cause de sa minceur, donnent de très-bons résultats. Une canule en verre est introduite dans une branche de l'artère mésentérique, les autres branches par lesquelles l'injection pourrait revenir sont liées ; on pousse alors par la canule (soit avec une seringue en verre, soit avec une seringue métallique, la solution à injecter étant placée dans une boule de verre disposée convenablement entre la seringue pleine d'air et la canule remplie de la solution), une solution de nitrate d'argent à 1/500 qui doit remplir tout le système capillaire, et revenir largement par la veine. Les parties dans lesquelles le nitrate d'argent a pénétré deviennent d'un blanc mat, et l'on juge de la réussite de l'opération d'après l'étendue des parties atteintes ; celles-ci sont placées dans l'eau distillée ; l'épithélium des villosités se détache des glandes après une demi-heure de macération et toute la membrane intestinale est montée dans le baume du Canada suivant le procédé connu. L'endothélium des artères, des capillaires et des veines est imprégné par l'argent et se reconnaît facilement à ses formes caractéristiques ; les fibres musculaires des artères et des veines sont également délimitées par le dépôt d'argent ; les lymphatiques se rencontrent sur ces préparations avec un endothélium bien caractérisé, tout à fait différent de celui des artères, des capillaires et des veines. Chaque cellule est limitée par une ligne noire régulièrement sinueuse qui

(1) Voir le n° 3 du *Progrès médical*.

forme des dessins semblables aux découpures des jeux de patience.

Une autre méthode est celle de l'absorption directe que nous avons discutée tout au long à propos des membranes. On la met utilement en pratique, par exemple, en versant dans la concavité du diaphragme un liquide coloré qui pénètre dans les lymphatiques du centre phrénique par suite des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement que l'on imprime au diaphragme en pratiquant la respiration artificielle (Ludwig et Schweigger-Seidel).

4. *Origine des vaisseaux lymphatiques.* Les opinions diffèrent dans la science sur l'origine des capillaires lymphatiques; la plus ancienne est celle d'après laquelle ils prennent naissance dans des réseaux analogues à ceux des capillaires sanguins; les injections au mercure auxquels avaient recours les premiers observateurs semblaient donner raison à cette hypothèse. D'après Virchow, l'origine des capillaires est dans ce corps imaginaire qu'il appelait une cellule plasmatique. Kölliker partage cette opinion et la soutient encore aujourd'hui; d'après lui, on voit sur la queue des têtards les vaisseaux lymphatiques se former par l'anastomose des cellules ramifiées que l'on y rencontre, et c'est surtout sur cette observation entachée d'erreur qu'il se fonde pour soutenir son hypothèse. D'après Ludwig et Brücke, les capillaires lymphatiques communiqueraient avec des fentes du tissu conjonctif, et c'est dans ces interstices que serait à chercher leur vraie origine. La théorie de Recklinghausen qui s'est beaucoup occupé de cette question est à peu près un compromis entre l'hypothèse de Kölliker et celle de Ludwig.

Pour cet auteur, les capillaires lymphatiques prennent naissance dans ce qu'il appelle les canalicules du suc, saft Kanalchen, correspondant aux cellules plasmatiques de Virchow, et qui sont une création tout aussi imaginaire que ces dernières. Les figures irrégulières, incolores que l'on obtient dans le tissu conjonctif par l'imprégnation d'argent ne sont en effet autre chose pour Recklinghausen que des anastomoses de petits canaux, des sortes de carrefours où les canaux lymphatiques prennent naissance et dans lesquelles peuvent circuler les cellules migratrices. Il est aujourd'hui complètement inutile de discuter cette opinion, car il est parfaitement démontré que les figures incolores limitées par le dépôt d'argent correspondent le plus souvent à des cellules plates qui ne possèdent aucune cavité intérieure, et qui ont une toute autre signification que les cellules plasmatiques de Virchow.

Sans nous arrêter à ces hypothèses, nous allons simplement exposer les résultats obtenus jusqu'à ce jour par les différentes méthodes que nous allons décrire, et nous verrons que si l'on n'est pas encore complètement au clair sur cette question, c'est cependant l'opinion de Ludwig qui est le plus près de la vérité.

On sait que chez la grenouille, la plus grande partie du système lymphatique est constituée par de grands sacs, *sacs lymphatiques*, qui communiquent les uns avec les autres, et avec le réseau sanguin; à l'origine de chaque membre, se trouve un cœur lymphatique muni de valvules, et qui fait refluer la lymphe de la périphérie vers le centre. La grande citerne lymphatique de la grenouille qui communique avec ces sacs, est séparée du péritoine par une membrane très-mince. C'est sur cette membrane que nous allons étudier des fait observés d'abord par Schweigger-Seidel et Dogiel, et qui jetteront quelque lumière sur l'origine des premières voies lymphatiques. Pour la préparer, il faut d'abord immobiliser la grenouille, soit avec le curare, soit en lui détruisant la moëlle épinière avec une mince tige de fer; puis on l'écorche complètement, ensuite, la paroi abdominale étant largement ouverte, si c'est une grenouille mâle, on lui enlève les testicules, en les coupant à leur base; si c'est une femelle, on enlève les ovaires, et on a un peu plus de difficulté à lui extraire aussi les oviductes sans toucher à la membrane en question que l'on altérerait facilement; on détache ensuite les viscères de bas en haut jusqu'à ce que l'on atteigne au niveau du cœur: à cet endroit, on coupe la grenouille en travers, et on plonge la partie postérieure que l'on tient par les pattes dans un cristallisoir ou dans un vase rempli d'eau distillée pour la nettoyer, et pour enlever le sang; ensuite on la met dans un bain de nitrate d'argent à $\frac{1}{500}$ et on l'y agite constamment pour qu'il ne s'y forme pas de dépôts qui se coloreraient en noir et altéreraient la préparation. Il n'est pas nécessaire d'opérer au soleil, mais cependant une lumière assez vive est une bonne condition de réussite. Au bout de deux à trois minutes d'immersion, on retire la grenouille, et on la plonge dans un cristallisoir un peu grand pour pouvoir la disséquer sous l'eau. On voit alors flotter de chaque côté du rein une membrane blanche dont l'épithélium se trouve fixé par l'argent et ne s'altère plus. Ce procédé a l'avantage d'imprégner à la fois les deux côtés de la membrane, de telle sorte que l'on a sur la même préparation l'épithélium péritonéal et l'épithélium lymphatique. Schweigger-Seidel et Dogiel (Ludwig, Arbeiten, etc. Leipzig 1867) avaient détaché la membrane avant de l'imprégner, c'est ce qui les a empêchés de voir nettement les faits, car ils ne pouvaient imprégner qu'un des épithéliums à la fois. On sépare sous l'eau une portion de la membrane ainsi imprégnée, et on la fait glisser sur une lame de verre, en s'assurant avec soin de la surface que l'on place sur la lame, afin de ne pas confondre les deux épithéliums.

On colore avec du picro-carminate et on conserve dans la glycérine.

Supposons la face péritonéale au-dessus, du côté de l'observateur et examinons la préparation avec un objectif à grand angle d'ouverture, à un grossissement de 6 à 800 diamètres: nous aurons, en abaissant l'objectif, d'abord l'épithélium péritonéal nettement marqué; en le rapprochant davantage, nous verrons le tissu conjonctif de la membrane, puis l'épithélium lymphatique très-net, tandis que l'autre aura disparu pour l'œil. Sur l'épithélium péritonéal, on remarque une série de petites ouvertures irrégulières autour desquelles se rangent de grandes cellules disposées en rayons et qui présentent du côté de l'ouverture une extrémité arrondie près de laquelle se trouve un gros noyau ovalaire coloré en rose par le carmin; l'ouverture se trouve ainsi entourée d'une couronne de noyaux roses. Les cellules disposées ainsi sont plus allongées que les autres cellules du revêtement péritonéal qui en diffèrent aussi en ce qu'elles ont leur noyau au centre ou près du centre. Les ouvertures elles-mêmes varient de dimension et de forme; elles peuvent se réduire à une simple fente.

Si l'on abaisse un peu l'objectif, de manière à ne plus voir cet épithélium que d'une façon indistincte, on voit apparaître le tissu conjonctif intermédiaire aux deux épithéliums, et on reconnait qu'au niveau de chaque ouverture, il présente une lacune circulaire limitée par une couronne de fibres. En abaissant encore l'objectif, on fait apparaître l'épithélium lymphatique; il est formé par des cellules plus grandes et plus sinueuses que l'épithélium péritonéal; au niveau des ouvertures de ce dernier (et ce point se reconnait facilement, bien qu'on ne voie plus l'autre épithélium, car le temps qui s'écoule entre les deux observations est assez court pour que l'on puisse bien fixer le point), il ne présente le plus souvent aucun orifice; on y voit généralement le point d'union de trois cellules contiguës; dans d'autres cas, à une ouverture péritonéale, on voit correspondre du côté lymphatique, un cercle noir formé par l'argent, dans lequel viennent pour ainsi dire se rendre, à mesure que l'on abaisse l'objectif, les bordures latérales noires des cellules péritonéales; ce cercle noir est donc formé par la soudure des extrémités de toutes les cellules péritonéales sur l'orifice du côté lymphatique. Sur d'autres points, on voit un globule lymphatique (reconnaissable à sa couleur et à sa forme), fixé à l'interstice de trois cellules du sac lymphatique, et limité par un cercle noir. En résumé, l'écartement des cellules du côté lymphatique est très-variable, depuis une simple fente, jusqu'à une ouverture de dimension aussi considérable que

celle du côté péritonéal. Ces ouvertures sont donc moins de vrais orifices de communication que des espèces de soupapes par lesquelles les globules lymphatiques peuvent passer de la cavité péritonéale dans les sacs lymphatiques.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR **BÉHIER**.

Étude de quelques points de l'Urémie (Clinique; — Théories; — Expériences.)

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE, chef du laboratoire et I. STRAUS, chef de clinique adjoint (1).

Messieurs,

Un autre problème s'impose maintenant, plus intéressant encore; mais il comporte une sérieuse discussion et la solution reste problématique et même inconnue: nous voulons parler de la nature et de la qualité de ce poison, cause première et point de départ des accidents que nous venons de passer en revue. C'est là une dernière étape qui nous reste à parcourir, heureux si dans un sujet si obscur et si controversé nous arrivons, à l'aide de la critique expérimentale et clinique, sinon à élucider, du moins à nettement poser les termes de la question.

Tout d'abord nous nous trouvons en présence de deux théories. La première est celle qui rattache les accidents urémiques à des lésions cérébrales, anatomiquement démontrables. C'est là, si vous voulez me permettre cette assimilation, la doctrine solidiste de l'urémie. Ainsi, Coindet et Odier ont admis l'*hydrencéphalie* comme point de départ de ces accidents. D'après eux l'œdème albuminurique, ambulant de sa nature et qui, dans ses migrations n'obéit pas uniquement aux lois mécaniques de la pesanteur peut aussi se porter sur les enveloppes du cerveau et déterminer les phénomènes nerveux si complexes de l'albuminurie. Cette doctrine séduisante a joui d'une longue faveur et j'ai moi-même longtemps essayé de la défendre contre la doctrine chimique dite de l'urémie; j'ai dû l'adandonner néanmoins, car je ne tardai pas à m'assurer qu'elle ne répondait pas à la généralité des cas. En effet, l'épanchement hydrencéphalique manque souvent à l'autopsie. On a bien dit qu'il se résorbait après la mort, mais c'est là un argument et non pas une preuve. Autre objection: si l'hydrencéphalie rend compte d'une façon satisfaisante du coma, elle n'explique ni le délire, ni les convulsions. La théorie est donc admissible pour quelques cas, mais elle ne peut servir de formule générale.

Osborne vint et admit une *arachnitis;* en effet, on a pu constater quelquefois des traces anatomiques de cette affection, mais cela n'a été observé que très-exceptionnellement, à l'état de fait isolé, constituant une véritable complication au même titre que la pneumonie et la pleurésie. Sur quatre cent six cas, Frerichs et Rosenstein n'ont rencontré l'arachnitis que neuf fois. L'explication d'Osborne doit donc être rejetée quoique l'hypothèse d'une arachnitis rende compte d'une façon assez satisfaisante des phénomènes cliniques, la période inflammatoire s'accompagnant de convulsions et le coma pouvant être rattaché a l'épanchement consécutif.

Traube émet une opinion qui se rapproche de celle de Coindet et Odier; pour lui les accidents sont dus à un œdème du cerveau produisant par compression l'anémie cérébrale. Cette modification de la théorie de l'hydrencéphalie comporte les mêmes objections: l'anémie cérébrale rend bien compte du coma, mais elle explique plus difficilement les convulsions et le délire. Elle non plus ne nous donne pas la formule générale que nous cherchons.

Quand les nerfs vaso-moteurs ont apparu comme découverte physiologique, ils ont dû nécessairement être mis en jeu dans la question qui nous occupe. C'est encore Traube qui les fit intervenir et qui supposa une excitation vaso-motrice amenant la contracture des vaisseaux de l'encéphale et l'anémie de cet organe. Mon collègue et ami M. le professeur G. Sée a partagé cette manière de voir. L'hypothèse est sans doute ingénieuse, mais ce n'est qu'une hypothèse et il nous faut des faits; il ne suffit pas d'invoquer une action vaso-motrice, il faut la montrer, et, dans le cas spécial, c'est ce que personne n'a encore pu faire.

Vous le voyèz, Messieurs, aucune des théories anatomiques émises ne nous donne la clef des faits cliniques: aussi n'a-t-on pas tardé à chercher ailleurs; de là les théories *chimiques* qu'il nous faut maintenant exposer et discuter.

Bostock est le premier qui dans ce cas ait signalé comme un fait important la présence d'un excès d'urée dans le sang. Christison, en 1829, vérifia ce fait et Wilson, en 1833, (*London Med. Gaz.* article sur la mort subite dans ses rapports avec la maladie de Bright) créa le mot et l'entité morbide d'*urémie*. Pour lui, l'excès d'urée dans le sang était la cause des phénomènes nerveux que l'on constate dans l'albuminurie, et cette vue humorale fut acceptée par Addison, en 1839, et depuis par Rayer.

Le terrain avait été préparé par les fameuses expériences de Prévost et Dumas, qui, les premiers, établirent que l'urée préexiste dans le sang; qu'elle filtre simplement à travers le rein et qu'elle s'accumule dans le sang à la suite de la néphrotomie.

Cl. Bernard et Barreswill reprirent ces expériences et arrivèrent aux mêmes conclusions; ils montrèrent en outre que chez les animaux néphrotomisés l'urée s'élimine par l'estomac et par l'intestin sous forme de carbonate d'ammoniaque. Dans une thèse très-remarquable, M. Picard (de Strasbourg) prouva une nouvelle fois que le rein est un simple filtre en ce qui concerne l'urée; il montra en effet que le sang de l'artère rénale contient 0.04 0/0 d'urée, tandis que celui de la veine émulgente n'en contient que 0.02 0/0.

Il est vrai que dans ces derniers temps, Zalesky et quelques autres élèves de Hoppe-Seyler ont essayé de démontrer que le rein servait non-seulement à la filtration mais aussi à la formation, à la sécrétion de l'urée. Dans la même direction M. Muron dit avoir constaté (1), dans les tubuli rénaux de certains animaux, la présence de cellules secrétoires. Ce fait histologique demande des recherches de contrôle; quant à l'assertion de Zalesky, les expériences si précises de M. Gréhant en ont démontré la fausseté.

L'urée *préexiste* donc dans le sang; le fait est vrai et nous devons l'accepter comme tel. L'urée peut augmenter dans le sang et s'y accumuler; mais l'accumulation de cette substance est-elle la cause des accidents dont il s'agit, là est la question véritable.

W. Hammond, en 1852 et de rechef en 1861, a soutenu cette manière de voir, et a cherché à l'étayer par ses expériences. Mais Stannius, Frerichs, Oppler, Hoppe et Pétroff ont montré que cette substance pouvait être injectée dans le sang sans effet toxique. Ainsi que l'a fait voir Gallois, il en faut introduire jusqu'à 20 grammes dans l'estomac du lapin pour provoquer des accidents. Wieger, Schottin, Bright, Christison, Nees ont pareillement constaté que l'urée peut exister en quantité assez forte dans le sang sans causer la mort.

Nous même, en commun avec notre chef de laboratoire, M. H. Liouville, nous avons repris expérimentalement la question et voici ce que nous avons constaté:

1re Expérience. « Le 5 mars, à 4 h. 40, nous injectons
» dans la jugulaire droite d'un lapin 2 grammes d'une
» solution de 20 grammes d'urée dans 35 grammes d'eau,
» soit 1 gr. 20 d'urée environ. L'animal resta blotti,
» inerte pendant quelque temps, puis tomba sur le côté
» droit; à 7 h. 34, il éprouva une violente attaque téta-
» nique, précédée et suivie de quelques convulsions cloni-
» ques; la mort avait lieu à 7 h. 30. Le poids de l'animal
» était de 2,200 grammes; son sang, évalué au 1/13e du

(1) Voir les nos 2, 3, du *Progrès Médical*.

(1) Comptes-rendus. *Société de Biologie*, 1872.

» poids total, était de 169 grammes. Ce sang renfermait » 1 gr. 20 d'urée, soit 1 0/0. » Or, la plus forte proportion qu'on ait jamais trouvée chez l'homme a été de 8 pour mille.

Donc les effets déterminés par cette dose massive d'urée n'ont rien à voir avec ce qui peut exister chez l'homme malade.

Il y a mieux : « Le 9 mars, à 5 heures du soir, nous » avons injecté dans la jugulaire droite d'un lapin 10 gr. » de la même solution, soit 6 grammes d'urée, et nous » n'observâmes qu'un peu d'agitation ; le lendemain, 10 » mars l'animal était très-vif et alerte quand il fut sacrifié » pour une autre expérience. »

Ces faits prouvent que des doses d'urée, considérables, surtout par rapport à celles que l'on rencontre dans ces cas de maladie spéciale et mortelle chez l'homme, ne tuent point.

Hammond a obtenu des résultats peut être différents pour les proportions et a insisté sur la présence des reins sains et permettant l'élimination de la substance injectée. Aussi avait-il soin de préalablement néphrotomiser les animaux. Mais c'est là une grave mutilation et qui complique singulièrement les conditions de l'expérience. Nous aussi, nous avons pratiqué cette opération au laboratoire de l'Hôtel-Dieu sur deux lapins ; l'un est mort une heure après et si on lui avait injecté de l'urée, on aurait pu, comme Hammond, rapporter la mort à l'empoisonnement urémique : le second a succombé le lendeman. Le problème devient, on le voit, très-complexe après de semblables traumatismes et ne prouve plus rien pour l'urée.

Nos expériences établissent donc une nouvelle fois l'innocuité de la présence de doses même considérables, *d'urée dans le sang*. Ce sont des faits de ce genre qui ont amené Frerichs, en 1851, à formuler sa fameuse théorie de l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque. J'omets à dessein la théorie de Blence Jones qui invoquait la présence dans le sang de l'acide oxalique, présence qui n'a été nullement démontrée et qui du reste a donné naissance à des symptômes différents.

Pour Frerichs, l'urée retenue rencontrerait dans le sang un *ferment* spécial qui la convertirait en carbonate d'ammoniaque. Personne, jusqu'ici, n'a pu voir ni montrer ce ferment et les preuves qu'invoque Frerichs, telles que la coloration violette du sang, la présence de carbonate d'ammoniaque dans les vomissements, dans les selles et dans l'air expiré, ces preuves sont discutables quant à leur valeur et à leur existence même.

En 1860, Treitz et Iaksch ont modifié la théorie ; ce n'est pas dans le sang, mais dans l'intestin que l'urée se transformerait en carbonate d'ammoniaque, forme sous laquelle elle serait résorbée et rentrerait dans le sang. Là aussi, rien de bien limpide. La présence de l'ammoniaque dans le sang, constamment invoquée, n'a pas grande valeur. En effet, Dumas, Picard, Cl. Bernard et surtout Richardson ont démontré que ce corps existait normalement dans le sang, quoiqu'en très-faible quantité, et Rosenstein fait remarquer que dans les cas d'urémie, cette quantité déterminée à l'aide du réactif très-fidèle de Nessler, n'est pas sensiblement augmentée.

Ainsi que beaucoup d'observateurs, nous avons vainement cherché à constater dans l'air expiré, la présence du carbonate d'ammoniaque, soit à l'aide de la baguette de verre mouillée d'acide chlorhydrique, soit à l'aide du papier d'hématoxyline que l'ammoniaque fait bleuir. Du reste, ces réactions quand elles se manifestent, peuvent parfaitement tenir à des produits ammoniacaux provenant des dents et des follicules de la gorge. (*A suivre*).

STATISTIQUE DES MÉDECINS REÇUS ANNUELLEMENT. Durant l'année commençant à la Saint-Michel 1871 et finissant à la Saint-Michel 1872, les neuf universités prussiennes, plus l'Académie de Munster ont promu 522 docteurs, dont la majorité, 151, à Berlin. Vient ensuite l'université de Gœttingue, 92 ; halle, 73 ; Bone et Greifswald, chacune 57 ; Breslau, 46 ; Marbourg, 24 ; Kiel, 13 ; Kœnisberg, 8 ; Munster, 6 ; — A Paris, la faculté de médecine pendant l'année 1872, a promu 501 docteurs (*Lyon méd.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A nos confrères de la Presse.

Nous sommes heureux d'adresser nos remerciments les plus sincères à MM. les Rédacteurs des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, de l'*Abeille médicale*, du *Bordeaux médical*, de la *Gazette des Hôpitaux*, du *Lyon médical* et du *Scalpel de Liége*, pour les bons témoignages de bienvenue qu'ils ont donnés au *Progrès médical*.

Cercle médical de Paris.

Créer un Cercle où les médecins de la ville pourront venir, après leurs occupations ordinaires, causer des choses du jour, s'édifier réciproquement sur les cas difficiles de la pratique, où les médecins de la province, de passage à Paris, trouveront l'occasion de renouer des relations interrompues, est une œuvre, à notre avis, excellente et que l'on ne saurait trop encourager.

Tour à tour, reprise et abandonnée, cette idée, aujourd'hui plus que jamais, voit augmenter le nombre des médecins qui l'acceptent. Grâce à l'initiative de quelques-uns d'entre eux, il s'est formé un premier groupe dont les membres ont été convoqués vendredi dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine à l'effet de s'entendre sur la marche qu'il faudra suivre pour arriver au but final.

La réunion a choisi pour président M. Lorain. La parole a été donnée ensuite à M. Archambault, l'un des plus ardents promoteurs du Cercle, qui, dans un exposé très-clair et très-goûté des auditeurs, a indiqué les résultats dès maintenant obtenus : les adhérents sont au nombre de 135. La moitié de la somme nécessaire pour l'installation est souscrite.

Plusieurs membres de l'Assemblée, et en particulier M. Lorain, ont fait ressortir les avantages du Cercle et surtout celui de l'institution d'une bibliothèque où l'on trouverait, dès leur apparition, les livres, les revues et les journaux.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Archambault, Brouardel, Gérin-Roze, Motet, Perrin, Tripier et Vidal, la réunion a voté la proposition suivante : « Adresser à MM. les Présidents des Sociétés médicales » de Paris une lettre leur annonçant la création du Cer- » cle, en les invitant à la communiquer à la société dont » ils dirigent les travaux. »

En outre, tous les adhérents actuels se sont engagés à propager l'idée de la création du Cercle et à lui apporter de nouveaux adhérents. Enfin l'assemblée a nommé un bureau provisoire composé de MM. Lorain, Brouardel, Vidal et Charpentier (1).

Ces renseignements, que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos lecteurs, permettent d'espérer que, prochainement, le *Cercle médical de Paris* sera fondé.

Le succès nous semble d'autant plus probable que l'on a eu soin d'écarter tout ce qui pourrait en faire l'œuvre d'une coterie (2).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. CHARCOT, après la lecture du procès-verbal, insiste sur ce fait que, dans les hémorrhagies intra-articulaires constatées chez des hémiplégiques, le sang provient de vaisseaux développés dans un tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce tissu conjonctif recouvre le cartilage, — et ceci se rencontre surtout

---

(1) Les communications doivent être adressées à M. Charpentier, 3, rue Papin.

(1) La cotisation est de [illegible] fr. par an pour les docteurs ; de 60 fr. pour les internes en médecine ; de 20 fr. pour les médecins de la province.

sur la surface articulaire de la rotule ou du condyle du fémur. — Mais le cartilage lui-même est peu altéré; à peine existe-t-il dans les cellules des granulations graisseuses en plus grande abondance.

M. Ranvier. On sait que chez certains animaux, eu particulier chez les lapins, il existe à la fois des muscles rouges et des muscles blancs. C'est ainsi que chez eux, au milieu des masses musculaires blanches de la cuisse on trouve un muscle rouge, le demi-tendineux. Cette coloration plus vive ne tient pas à une plus grande vascularité, car si on lave avec soin le système vasculaire, si on en chasse tout le sang, la rougeur ne persiste pas moins.

A cette différence dans la coloration, s'ajoutent des différences dans la structure et dans les propriétés physiologiques. Dans les propriétés physiologiques, car le muscle rouge excité par un courant interrompu se contracte peu à peu, progressivement, sans secousses, tandis que le muscle blanc se contracte rapidement et, même, quand le tétanos est établi, est agité de secousses, de mouvements rythmiques. — Et ce phénomène dépend bien des muscles eux-mêmes et non des nerfs qui s'y rendent, car si on empoisonne l'animal par le curare et si on pratique la respiration artificielle, tout dans les contractions, se passe comme en premier lieu.

Il existe, avons-nous dit, des différences dans la structure. En effet, si on examine au microscope les muscles rouges, on peut constater que chez eux la striation longitudinale est très-nette et beaucoup plus marquée que dans les muscles blancs où la striation transversale domine. On peut remarquer en outre, sur des coupes de faisceaux musculaires que, dans les muscles rouges, les noyaux du sarcolemme sont de deux à trois fois plus nombreux, plus sphériques, plus globuleux et qu'ils paraissent se creuser une fossette dans l'épaisseur de la substance musculaire et non seulement sur le pourtour de la préparation, mais au milieu même du faisceau.

M. Cornil présente, à la Société, une série de planches qui démontrent nettement les conditions anatomiques de l'imperméabilité du rein dans certaines affections de cet organe, dans la maladie de Bright par exemple. Les altérations peuvent exister dans les glomérules, les tubes urinifères et les vaisseaux.

Les altérations des *glomérules* sont très-remarquables et l'on constate des granulations calcaires qui les incrustent presque en entier. Leur capsule est épaissie, formée de couches concentriques, tandis que le bouquet artériel lui-même est petit, atrophié. Les dépôts de sel calcaire peuvent être tels que le glomérule apparaît comme une masse dense, infiltrée dans toute son épaisseur. Dans d'autres cas on constate un état kystique des mêmes glomérules; au lieu de ces incrustations on trouve entre la capsule et les vaisseaux de la matière colloïde, transparente, homogène. Ces kystes ne doivent pas être confondus avec ceux que l'on rencontre dans les tubes.

Les *tubes* sont aussi le siége d'altérations. Il y a une dizaine d'années déjà que M. Ranvier y a décrit des kystes colloïdes environnant les coagulations qui constituent les tubes hyalins. Il n'est pas rare de voir ces kystes communiquer les uns avec les autres et former des cavités plus spacieuses. Mais ce qui domine l'histoire de leur développement, c'est leur formation très nette aux dépens des tubes urinifères.

Les altérations des *vaisseaux* siègent aussi bien dans les artères que dans les veines et sont constituées par une endartérite et une endophlébite. Ils apparaissent comme des tubes rigides, la tunique de tissu conjonctif est épaissie, la couche élastique, froncée, revenue sur elle-même, incrustée, à sa surface interne, de granulations calcaires, à tel point que, dans certains cas, la lumière du vaisseau est oblitérée. Et ces lésions sont généralisées et peut-être plus considérables encore dans les veines que dans les artères.

Si, à ces altérations profondes qui attaquent à la fois les glomérules, les tubes urinifères, les artères et les veines, on ajoute des dégénérescences, des infiltrations graisseuses des capillaires, on aura les raisons de l'imperméabilité du rein qui peut rendre si redoutable l'emploi inconsidéré de certaines préparations médicamenteuses.

M. Charcot. Certes, je ne crois pas que dans aucun travail on ait encore accumulé tant de détails sur cet intéressant sujet; mais cependant ces altérations étaient connues au moins en partie; c'est ainsi que les endartérites et les endophlébites ont été signalés par Georges Jonhson et tout récemment encore il a réclamé la priorité dans l'étude de ces dégénérescences.

M. Cornil. J'ai dû laisser de côté bien des points pour abréger ma communication et entr'autres l'historique de cette question. Je dois ajouter que ces altérations des vaisseaux ne se rencontrent pas seulement dans l'albuminurie, mais qu'on les trouve encore chez les vieillards. Aussi serait-il bon de surveiller attentivement les médicaments qu'on leur administre, il devrait en être de même pour les alcooliques et pour tous ceux qui sont atteints de dégénèrescence athéromateuse précoce.

M. Liouville rappelle que, cette année, dans une de ses leçons, M. Béhier a beaucoup insisté sur ces endartérites oblitérantes. La malade qui faisait le sujet de cette leçon était une femme jeune, atteinte d'une affection de Bright consécutive à une scarlatine Les tuniques vasculaires étaient en dégénérescence graisseuse.

M. Muron continue la série de ses communications sur les propriétés phlogogènes de l'urine. L'urine coutient outre l'urée d'autres substances extractives; l'inflammation est-elle provoquée par l'urée ou par ces substances? Pour répondre à cette question, M. Muron a injecté de l'urée pure dissoute dans de l'eau et voici le résultat de ses expériences.

Lorsqu'il injecte, dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un chien, 20 grammes d'une solution contenant 25 grammes d'urée pour 1,000 grammes d'eau, il y a toujours résorption; pas de phlegmon, et il peut élever sa solution jusqu à 80 grammes d urée pour 1,000, sans que l'inflammation se manifeste. Mais si, d'autre part, il injecte 20 grammes d'une solution à 100 pour 1,000 il constate bientôt un phelgmon et même de la gangrène.

Dans une autre série d'expériences il injecte non pas 20 grammes, mais 2 à 3 grammes d'une solution à 100 pour 1000 et malgré la petite quantité de liquide injecté il se forme un phlegmon, tout comme dans le premier cas. Si, inversement il fait une injection de 40 à 50 grammes d'une solution faible, il n'y a pas suppuration si le tissu dans lequel on injecte est lâche et si la solution peut se diffuser dans un grand espace. Mais si le liquide injecté s'accumule sous les tissus, en un point circonscrit et limité, il y a phlegmon.

M. Rabuteau fait une communication sur les effets purgatifs des hyposulfates de soude et de magnésie. Ces effets purgatifs sont des plus nets. Mais il va sans dire qu'il ne conseille pas leur emploi à cause de leur saveur désagréable et de leur prix élevé. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin (suite).

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie à proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1871 : 1° des médailles d'argent à M. Beaupoil, médecin à Ingrandes (Indre-et-Loire); M. Beltz, chirurgien militaire à Alger; M. Dour f, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme); M Izourd, médecin à Estoublon (Basses Alpes); MM. Lombard père et fils, médecins à Chalabre (Aube); M. Nolé (Léon), médecin à Muret (Haute-Garonne). — 2° des médailles de bronze à : M Barbrou, médecin à Rochefort (Charente-Inférieure); M. Chollet, interne des hôpitaux de Rennes (Ille-et-Villaine); M. Duché, de Montluçon (Allier); M. Fourrier, médecin à Compiégne (Oise); M. le Galcher-Baron, médecin à Saint-Pierre-Eglise (Manche); M. Maheut, médecin à Caen (Calvados); M. Martin Ducloux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne; M. Perotte, médecin à Avranches (Manche); — 3° Rappel de médailles à : M. Bocamy, docteur en médecine à Perpignan (Pyrénées-Orientales); M. Bouteiller, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure); M Debrou, docteur en médecine à Bordeaux (Gironde); M. Guipon, docteur en médecine à Laon (Aisne); M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre (Seine Inférieure).

Médailles accordées à MM les médecins inspecteurs des eaux minérales.— L'Académie a proposé, et M. le miuistre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1870: 1° Une médaille d'or à : M. Armieux (Barèges); M. Cabasse, (Bourbonne); M. Gubian (Lamotte-les-Bains); M. Lespiau (Henri) (Emélie-les-Bains); M. Marbotin (St-Amand); M. Périer (Bourbon-Larchambault);

M. Rougé-Rieutort (Rennes-les-Bains). 3° Rappels de médailles d'argent à: M. Auphan d'Ax) (Ariège); M. Chabannes (Vals). 4° des médailles de bronze à : M. Bona (Evaux); M. Costa (Guagno) (Corse); M. Gouget (Bourbonne-les-bains); M. Ticier (Capverne).

Prix et médailles accordées à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1870. L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder : 1° Un prix de 15,000 fr. partagé entre M. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier); M. le Duc, docteur en médecine à Versailles Seine-et-Oise); Mme Chateau, sage-femme à Vierzon (Cher). 2° Des médailles d'or à : M. Bourdin, docteur en médecine à Choisy-le-Roi (Seine); M. Chebrou, médecin à Niort (Deux-Sèvres); M. Petiteau, docteur en médecine aux Sables-d'Olonnes (Vendée); M. Pingault, médecin à Poitiers (Vienne). 3° Soixante médailles d'argent à des docteurs, officiers de santé ou sages-femmes qui se sont fait remarquer les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres pour des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées pour la coopération aux travaux de la commission d'hygiène de l'enfance. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder : 1° Une médaille d'or à : M. le docteur Monot, médecin à Monsauche (Nièvre). 2° Des médailles d'argent à : M. le docteur Cressant, médecin à Guéret Creuse); M. le docteur Raymond médecin à Sainte-Florine (Haute-Loire). 3° Médailles de bronze : M. le docteur de Brye, médecin à Vienne (Isère); M. le docteur Bringuier, médecin à Montpellier Hérault). *(A suivre).*

Séance du 8 juillet. — Présidence de M. Depaul.

M. Broca, rapporteur de la Commission nommée, lit son travail sur l'organisation de la médecine et de la pharmacie militaires. — M. Larrey loue le rapport et demande la discussion immédiate.

M. le Président met aux voix la motion précédente. A une forte majorité l'Académie décide que le rapport sera imprimé et la discussion remise à la séance prochaine.

M. Chatin fait part de ses recherches sur les *propriétés diurétiques des différentes plantes* qui naissent et vivent sur les décombres, où on trouve toujours, comme on sait, une certaine quantité de nitrate de potasse qu'elles observent. Il fait sécher et brûler ces plantes et a toujours constaté qu'elles crépitaient en se consumant. Les mousses qui naissent sur les rochers, séchées et brûlées crépitent aussi. Pour ces dernières plantes l'observateur pense que le nitrate de potasse leur est fourni par l'acide nitrique de l'air.

M. Gubler demande si on a constaté le nitrate de potasse seulement en brûlant les plantes et si on ne l'a pas dosé ?

M. Chatin s'occupe de ce travail ; il a déjà dosé par le procédé de Boussingault une centaine de plantes, dans quelques-unes il a trouvé 5 et 6 0/0 de nitre et même 7 dans la fumeterre.

M. Colin. Les poussières qui s'interposent entre les rochers et les mousses pourrraient être pour ces dernières une source de nitre. G. D. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mai. — présidence de M. Charcot.

Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par M. Troisier, interne des hôpitaux.

Le nommé R. âgé de 48 ans, ancien comptable, entra dans le service de M. Vulpian, à la Pitié, le 24 mars 1873. Cet homme présentait un état cachectique très avancé; il était d'une maigreur extrême; la peau et les muqueuses étaient décolorées. Il existait de larges ecchymoses spontanées (?) sur l'avant-bras droit et sur les cuisses. Souffle anémique au 1er temps à la base du cœur. Le malade ne tousse pas ; l'examen de la poitrine est tout-à-fait négatif. — Le ventre n'est pas douloureux à la pression; pas de diarrhée.

R. fait remonter sa maladie à l'époque de la guerre; mais c'est surtout depuis le mois de décembre 1872 qu'il a senti ses forces diminuer et que l'amaigrissement a fait de rapides progrès.

Au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, il était sensiblement amélioré, et il fut envoyé à l'asile de convalescence de Vincennes. Il rentre dans le service le 30 avril. Il se plaint d'éprouver une très-grande faiblesse et accuse de la fièvre tous les soirs. Il y a rétention d'urine. L'examen de la poitrine et de l'abdomen ne révèle rien. Le malade reste dans le même état pendant quelques jours, étendu sur le lit, à demi somnolent. Le 4 mai, il se plaint de douleurs dans la région dorso-lombaire ; on remarque, en le faisant asseoir, de la raideur du cou et du tronc; la tête est renversée, il est difficile de la ramener en avant. Les bras et les avant-bras sont, eux aussi légèrement contractés. La rétention d'urine persiste ; incontinence des fèces. — T. A. 38°, 4.

Le 5 mai, au soir, le malade remue difficilement les membres inférieurs. Le 6, il existe une paraplégie complète ; les membres inférieurs sont flasques, complétement privés de mouvements ; le contact n'est pas perçu ; le pincement de la peau est senti à droite, et l'on peut déterminer de ce côté, par le chatouillement de la plante du pied, des mouvements réflexes peu étendus d'extension des orteils et de flexion du pied. A gauche, on ne peut pas déterminer de mouvements réflexes, et il y a une diminution de la sensibilité à la douleur — Les mouvements des membres supérieurs sont conservés, ainsi que la sensibilité à la douleur; le contact simple, le frottement ne sont pas sentis. — Le malade n'a pas perdu connaissance, mais il a l'air hébété, il a la figure sans expression, et paraît tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui. Pas de strabisme. — Il mourut le 7 mai après midi. Au moment de la visite du matin, on avait constaté de la contracture des deux membres supérieurs, surtout du droit. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine.

Autopsie, faite le 8 mai. *Cavité crânienne.* — Quantité considérable de liquide céphalo-rachidien. Les *méninges* qui recouvrent l'encéphale sont très-épaissies ; celles de la base surtout. Les scissures de Sylvius, surtout celle du côté droit, la partie antérieure de la scissure inter-hémisphérique sont le siége d'amas de granulations grises, tuberculeuses. On en trouve aussi sur le reste de l'étendue des méninges, particulièrement au fond des anfractuosités, et même à la périphérie des circonvolutions ; mais en ces points, elles sont disséminées et peu nombreuses. En étalant les méninges, on voit que ces granulations siégent au voisinage des fines ramifications artérielles, et sur les parois vasculaires elles-mêmes; on en voit également en dehors des vaisseaux. — Les méninges du cervelet sont très épaissies, mais ne contiennent pas beaucoup de tubercules. — Les artères de la base de l'encéphale ne sont pas scléreuses. Les méninges épaissies leur forment comme un manchon filamenteux. — Pas de lésion de l'encéphale (circonvolutions et centres).

Cavité rachidienne. Les *méninges* de la face antérieure du bulbe rachidien sont très-épaissies. Il n'y a pas d'épaississement notable de la pie-mère sur la face antérieure et sur les faces latérales de la moelle épinière ; mais sur la face postérieure, surtout dans la région dorso-lombaire, on voit que la pie-mère et l'arachnoïde sont très-épaissies, grisâtres, filamenteuses, et contiennent un assez grand nombre de granulations tuberculeuses. On voit au microscope, outre ces granulations une infiltration d'éléments dits tuberculeux.— Les vaisseaux qui rampent sur la face postérieure de la moelle sont gorgés de sang; ils ne sont oblitérés en aucun point. — La moelle épinière à l'état frais, paraît saine (pas de portion ramollie).

Cavité thoracique. Poumon gauche : dans la partie centrale du lobe supérieur, vers le sommet, on trouve des tubercules disséminés dans une petite étendue. Œdème du lobe inférieur. Adhérence générale, ancienne, des deux feuillets de la plèvre.

Poumon droit : quelques granulations tuberculeuses sur la plèvre viscérale (lobe moyen). Le lobe supérieur est congestionné et œdémateux ; le lobe inférieur est le siége d'une congestion apoplectiforme.

Cœur : coloration feuille-morte du myocarde, pas de lésion valvulaire. Caillots fibrineux récents dans les cavités. — *Aorte*, saine.

Cavité abdominale. Le *péritoine* diaphragmatique et le ligament suspenseur du foie sont recouverts de granulations tuberculeuses confluentes. On en trouve quelques-unes sur la face convexe du foie. Il n'y en a pas dans le reste de l'étendue du péritoine. — Quelques tubercules sur les coupes du *foie*. *Reins* très-congestionnés. *Rate* ramollie.

M. Troisier fait remarquer que la poussée tuberculeuse s'est

faite surtout sur les méninges cérébro-spinales, et que les lésions pulmonaires étaient si peu avancées qu'elles ne donnaient lieu à aucun signe local. Il rappelle que la méningite cérébro-spinale tuberculeuse s'observe assez souvent chez les adultes et même chez les vieillards, et que cette affection est aujourd'hui bien connue; mais il pense que les cas de ce genre sont assez rares, c'est-à-dire ceux dans lesquels la tuberculisation des poumons fait à peu près défaut.

Dans cette séance M. Bourceret a présenté en son nom et au nom de M. Cossy un exemple de *cancer du canal cholédoque* avec *thrombose de la veine porte;* — M. Debove a montré un *anévrysme du cœur* siégeant dans le ventricule gauche sur la cloison interventriculaire. A propos de ce fait, M. Liouville a rappelé un cas d'anévrysme partiel du cœur avec communication entre les deux ventricules. — M. Faure a rapporté une observation d'*abcès du larynx* probablement consécutif à une périchondrite syphilitique et M. Homolle un cas intéressant de *cyanose* relatif à une petite fille de 4 ans.

Séance du 16 *mai* 1873. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Lithotritie; — complications rénales, — diphthérie chez un enfant de 5 ans 1/2, par M. DRANSART interne des Hôpitaux.

Parsy Constant, âgé de 5 ans 1/2, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie (Service de M. Marc SÉE), pour un calcul vésical dont il souffrait depuis longtemps. Le petit malade subit 4 séances de lithotritie, le 6, 7, 8 et 15 avril. Il expulse à la suite de ces opérations une grande quantité de débris très-fins de calculs; son urine est fortement chargée de mucus. L'état général est assez bon.

Le 20 avril, le malade est pris de frisson assez intense, la fièvre est vive, la température monte jusqu'à 40°; les frissons se répètent les jours suivants et ne cèdent pas au sulfate de quinine et aux injections silicatées dans la vessie. Le 2 mai, on constate une angine diphthéritique; le 4 mai le malade était mort. L'affection diphthéritique s'était généralisée.

AUTOPSIE. — Fausses membranes dans toutes les parties des voies respiratoires. Vessie hypertrophiée, contenant les débris du calcul qui avait échappé à l'écrasement. Les *reins* sont rouges, congestionnés, on constate à la surface de larges taches noires et çà et là un petit semis de taches jaunâtres. A la coupe, toute la substance du rein qui correspond aux taches noires de la surface présente le même aspect. Les granulations jaunâtres donnent issue à quelques gouttes de pus.

A la partie moyenne du *rein gauche* le tissu présente une consistance très-molle, presque pultacée, la coloration est rosée à ce niveau. Aucune autre altération dans les autres organes.

Cette observation nous montre que la néphrite suppurée complique également chez l'enfant les opérations faites sur la vessie. On peut aussi se demander à son sujet, quel rôle a joué la diphthérie dans la production des hémorrhagies considérables que nous avons constatées dans l'épaisseur du tissu rénal. Ces hémorrhagies nous ont paru de date récente et nous pensons que la diphthérie n'a pas peu contribué à les produire.

REVUE CHIRURGICALE

1° Aperçu historique sur la conservation et l'amputation dans le traitement des fractures compliquées; 2° De la conservation dans le traitement des fractures compliquées, par le Dr G. POINSOT, ancien interne de l'hôpital Saint-André et préparateur du cours de physiologie à Bordeaux. — (Paris 1873. — *Adrien Delahaye*, éditeur.)

I. Dans une première période, la crainte des hémorrhagies qui accompagnent l'amputation la firent réserver aux cas où la mortification étant complète, les vaisseaux oblitérés ne laissent plus couler le sang. C'est la *Période ancienne*. Hippocrate, Galien, Celse, Paul d'Egine, et plus tard les Arabes, Guy de Chauliac, Fabrice de Hilden, furent les premiers auteurs de la méthode conservatrice.

Sous la Renaissance, les progrès de la médecine opératoire, en diminuant les difficultés de l'hémostase rendent les amputations plus fréquentes. Toutefois les chirurgiens les plus éminents de l'époque s'efforcèrent d'en limiter les indications : témoin, le grand et honnête chirurgien Ambroise Paré, qui s'étant facturé la jambe à la partie inférieure, dit : « Mes os ainsi rompus et le pied contre-mont, craignais grandement qu'il ne fallut couper la jambe; » témoin Dionis, qui plus tard, sous le règne de Louis XIV appelle l'amputation, « une opération qui devrait plutôt être faite par un boucher que par un chirurgien. »

M. le Dr Poinsot fait un historique très-complet de cette première période qu'il désigne sous le nom de *Période ancienne*. Il critique avec justesse les doctrines de l'ancienne Académie de chirurgie, qui en 1755-1756 mettait au concours la question suivante : « L'amputation étant absolument nécessaire dans les plaies compliquées de fracas des os, et principalement dans celles qui sont faites par armes à feu, déterminer les cas où il faut faire l'opération sur le champ, et les cas où il convient de la différer, et en donner les raisons. » Le mémoire de Faure fut couronné, quoique Leconte et Boucher, ses rivaux, se fussent montrés plus conservateurs que lui.

La chirurgie du couteau peut encore à ce moment compter Percival Pott au nombre de ses adeptes les plus fougueux.

Mais déjà M. Desault et son élève Bichat, ébranlaient la méthode de l'amputation sous les coups de leur scepticisme quand survinrent les guerres du premier empire.

II. C'est ce que M. Poinsot appelle la *période intermédiaire*. A ce moment : « le mot d'ordre est d'amputer. » John Bell ouvre le feu contre la conservation : « Les faits de conservation, dit Bell, réduits à leur juste valeur, ne nous montrent que les dangers d'un traitement long et environné d'écueils, pendant lequel surviennent des accès de fièvre hectique, des diarrhées, des altérations diverses, de la suppuration... Les malades qui ont guéri n'ont conservé que des membres difformes et plutôt nuisibles qu'utiles. » Boyer avec le bon sens et la droiture qui le caractérisent se montre plus prudent; il veut que l'on n'ampute que « lorsque les os sont cassés en plusieurs fragments et dans une étendue considérable, que la peau, les muscles, les tendons sont tellement lacérés, déchirés et détruits qu'ils rendent la gangrène une suite nécessaire et immédiate de l'accident. »

Gaultier est plein d'enthousiasme pour l'amputation : « Je n'hésite pas à croire, dit-il, que dans des circonstances favorables, l'amputation faite par un chirurgien à la fois instruit et habile ne *serait jamais mortelle.* » Briot s'élance dans la même voie. Enfin vient l'éminent chirurgien de l'empire, Larrey, qui, suivant l'opinion de M. Poinsot, opinion à notre avis, exagérée, « par son immense talent et l'élévation de son caractère, exerce sur ses contemporains l'influence la plus incontestable et si j'ose dire la plus désastreuse, au point de vue qui nous occupe. »

Son fils, en effet, H. Larrey, précisait en ces quelques lignes les cas où son père considérait l'amputation comme nécessaire. « La grande expérience des champs de bataille et de révolution a bien démontré aux plus célèbres praticiens que les chances de succès sont infiniment rares, lorsque l'amputation n'est pas pratiquée *immédiatement*, pour les fractures compliquées des lésions suivantes : 1° Ecrasement ou broiement des os; 2° Saillie forte et irréductible des fragments à travers la plaie; 3° Enclavement forcé d'un corps étranger volumineux; 4° Lésion de l'artère principale du membre; 5° Délacération profonde, ou étendue des parties molles; 7° Fracture comminutive très-près de l'articulation; 8° Plaie d'une articulation. »

Dupuytren partage les opinions de Larrey : « On accusait autrefois, dit le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, les praticiens des armées d'être trop prompts à l'amputation; l'expérience que j'ai acquise, principalement en 1814, 1815 et 1830 m'a prouvé combien le reproche était peu fondé». Roux et Ribes prétendaient que, si certains chirurgiens n'avaient pas été conduits par le désir, bien louable sans doute, de chercher le moyen de conserver le membre ils n'auraient pas perdu de temps et auraient pratiqué plus d'opérations qu'ils ne l'ont fait.

Dans le camp opposé nous voyons luttant d'abord avec peine contre leurs redoutables adversaires; Josse d'Amiens, Bérard, Breschet et Blandin, qui espéraient trouver dans la méthode

des irrigations continues qu'on venait d'inventer un moyen thérapeutique très-efficace contre les fractures compliquées. Gerdy repousse toute opération sanglante. « Les amputations des membres, dit-il, sont tellement graves à Paris, qu'on n'en guérit presque point; aussi je n'ampute jamais qu'à la dernière extrémité. » Chose singulière! Un des plus grands opérateurs de l'époque, Lisfranc, écrit ces remarquables paroles : « *Si la chirurgie est brillante quand elle opère, elle l'est encore bien davantage lorsque sans faire couler le sang et sans mutilation elle obtient la guérison des malades.* Les événements funestes qui suivent l'emploi des moyens destinés à conserver les membres, sont infiniment plus rares que les insuccès des amputations; car on sait qu'en les pratiquant, on perd, dans les hôpitaux un quart au moins des blessés qu'on y a soumis. »

III. *Période contemporaine.* De 1848 jusqu'à nos jours. — Nous retrouvons dans cette période, des chirurgiens conservateurs, et des chirurgiens opérateurs; mais, il semble, qu'en raison des succès incontestables que donnent de nouvelles méthodes thérapeutiques, on penche de plus en plus vers la croyance en la supériorité de la méthode conservatrice.

Malgaigne, qui pendant la guerre de Pologne avait perdu tous ses amputés, opposait à cette époque aux partisans de l'opération, la statistique des hôpitaux de Paris : pendant dix années de 1836 à 1846 il y avait eu 117 morts sur 182 amputations traumatiques, celles des membres inférieurs ou du bras ayant donné 2/3 d'insuccès. Au contraire, en employant la conservation il avait obtenu chez les blessés de 1848 15 guérisons sur 28 cas.

« Plus je vieillis, s'écriait Velpeau, et moins j'ampute. J'amputais plus en 1830 qu'en 1848, et en juin moins qu'en février dernier.

Un membre difforme vaut encore mieux qu'un membre artificiel ; tant qu'il y a espoir de conserver un membre, ne le coupez pas : dans le cas contraire, amputez le plus tôt possible. »

Jobert tenait un langage analogue.

A la même époque, quelques chirurgiens militaires que l'expérience avait convaincus essayent de faire pénétrer leurs idées conservatrices chez leurs confrères.

Cabasse, prisonnier des arabes, est frappé des résultats que ceux-ci obtiennent sans amputer dans les fractures par arme à feu les plus compliquées. L'expédition de Zaatcha fournit à M. Quesnay l'occasion de faire les mêmes remarques.

Seutin persuadé qu'un grand nombre des lésions qui accompagnent les fractures, dépendent ordinairement de ce que les fragments piquent et irritent les chairs, invente l'appareil amovo-inamovible qui lui procure à Paris, une série de succès dans des fractures très-compliquées et lui attire de grands éloges de l'académie de médecine de Belgique.

Crocq, son élève, poursuit avec le même succès les idées du maître.

Le mémoire de Broca sur la luxation de l'astragale avec plaie de l'articulation tibio-tarsienne, concluant à la possibilité de conserver le membre, celui de Legouest sur la désarticulation coxo-fémorale, concluant à la temporisation; les études de M. Gosselin sur la fracture en V du tibia et les discussions auxquelles elles donnèrent lieu firent encore avancer la question vers une solution conservatrice.

Enfin, les recherches de Legouest démontrant que pendant la guerre de Crimée, les blessés traités pour fractures de cuisse par la conservation des membres avaient guéri dans une proportion cinq fois plus grande, que les hommes traités par l'amputation de la cuisse pour une fracture du fémur ou une lésion quelconque du membre inférieur ; les statistiques des guerres de Crimée et d'Italie, si bien établies par M. Chenu ; les succès que les chirurgiens américains, pendant la guerre d'Amérique, obtinrent à l'aide de résections (la résection est une méthode conservatrice, puisque le membre n'est pas sacrifié); les deux mémoires de Lefort sur la résection coxo-fémorale et sur celle du genou ; les travaux d'Ollier sur la régénération des os par le périoste; les cas de résection heureusement terminés publiés par Verneuil, Legouest et Langenbeck précipitèrent le dénouement et en 1868, M. Gosselin put dire, sans contestation, en pleine Académie, que la méthode de conservation dans les cas de fractures compliquées est généralement admise aujourd'hui.

Depuis, les résultats merveilleux du pansement ouaté préconisé par Alph. Guérin, et les nombreux exemples de succès dus à la méthode conservatrice pendant la guerre funeste de 1870, semblent avoir porté le dernier coup à la chirurgie du couteau.

Nous verrons plus loin combien M. Poinsot paraît douter des succès si certains cependant, que fournit chaque jour, à Paris, le pansement ouaté

Cet aperçu historique, ayant précisé la question, il nous devient facile en quelques lignes d'indiquer le but et d'analyser les résultats obtenus par le Dr. G. Poinsot dans son remarquable et laborieux travail, qui n'a pas moins de 427 pages d'un volume in-8°.

Dans un premier chapitre il publie l'exposé de 192 observations qu'il a recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Estimant qu'une des conditions nécessaires d'une bonne statistique, c'est que toutes les observations qu'on y fait entrer soient recueillies par le même observateur et qu'elles aient pour objet les œuvres d'un même chirurgien, il examine successivement *pour chaque membre*, les résultats obtenus par M. Oré de Bordeaux dans la méthode conservatrice, et il y compare les faits d'amputation qu'il a pu recueillir, çà et là dans ces dernières années. Il fait ensuite un chapitre spécial pour les plaies par armes à feu ; il analyse les statistiques de MM. Sedillot, Feltz, Mac-Cormac, Bérenger-Féraud, Gross, Fœssal et Panas... Les résections articulaires à la suite des plaies de guerre sont encore l'objet d'une étude détaillée.

C'est après avoir examiné les résultats obtenus par les deux methodes et avoir établi la victoire remportée dans ces dernières années par la chirurgie conservatrice, que M. G. Poinsot aborde la discussion et l'examen théorique des faits relatifs à la cause qu'il défend.

Il ne semble pas voir, dans les cas considérés généralement comme nécessitant l'amputation, d'indications précises, absolues. Il intitule son chapitre II : Des indications *prétendues* de l'amputation :

1° Fracture avec division presque complète des parties molles; arrachement ou ablation d'un membre ou d'un segment de membre.

2° Broiement des os tel qu'il parait impossible de les réunir

3° Contusion et écrasement des parties molles paraissant rendre la gangrène inévitable .

4° Lésion simultanée des gros troncs vasculaires et nerveux.

5° Large ouverture d'une grande articulation accompagnant la fracture.

6° Emphysème spontané.

Il fait ensuite l'étude des indications de l'amputation secondaire : Infection purulente, gangrène, nécrose, hémorrhagie secondaire, tétanos.....

Il nous semble que dans toute cette étude, M. G. Poinsot s'est trop attaché à réunir des faits extraordinaires pour faire triompher la conservation. Or, un chirurgien prudent peut-il s'appuyer, pour prendre une décision, sur l'exception? Il ne faut pas vouloir de la conservation à tout prix. Ce serait, en vérité, donner beau jeu à ses adversaires.

Le dernier chapitre est relatif au traitement : 1° Indications tirées des lésions du système osseux ; réduction, résection des esquilles, etc. 2° Indications tirées de la lésion des parties molles, irrigations continues, bains, pansements, etc.

M. Poinsot est l'adversaire de l'irrigation continue ; il paraît qu'à Bordeaux elle donne des résultats déplorables : je ne crois pas qu'à Paris tous les chirurgiens pensent de cette façon au sujet du traitement des plaies contuses.

Exprimons encore un regret : M. Poinsot n'a pu recueillir les faits relatifs aux résultats obtenus récemment par le pansement ouaté; il nous semble, dès à présent certain, que ce pansement est destiné à rendre, au moins à Paris, des services considérables aux chirurgiens et aux blessés.

Quoi qu'il en soit, le travail de M. G. Poinsot n'en reste pas moins l'œuvre d'un esprit consciencieux, et elle mérite en raison des faits nombreux qui y sont relatés, une étude

approfondie. Si la méthode conservatrice pouvait devenir victorieuse partout, ne serait-ce pas un immense progrès pour la chirurgie contemporaine ? H. DURET.

BIBLIOGRAPHIE

Documents pour servir à l'étude de la méthode aspiratrice. Par le docteur CASTIAUX un volume in-8 de 190 pages avec planches. — Ad. Delahaye, libraire éditeur.

Voilà un livre dont toutes les pages respirent l'ardeur, la jeunesse. M. Castiaux, inventeur d'un appareil aspirateur très-ingénieux, veut absolument l'employer dans tous les cas d'épanchement pleural. Pour lui, point d'inconvénient, tout avantage. — Moins que personne, je suis ennemi de la thoracentèse par les appareils aspirateurs ou autres ; trop souvent, j'ai vu périr de malheureux malades qu'une ponction pratiquée à temps eût peut-être arraché à la mort, et toutes les fois que je crois pouvoir diagnostiquer un épanchement considérable, sans tendance à la résorption ou avec menace de suffocation, je n'hésite pas à pratiquer la thoracentèse. Mais de là à faire de la thoracentèse le traitement unique de la pleurésie, il y a un grand pas que je ne puis franchir, sans preuves convaincantes. Qui ne sait en effet, que souvent la pleurésie guérit seule, et qu'après une marche progressivement ascendante elle s'arrête bientôt et se termine par la résolution? Pourquoi alors faire une opération tout au moins inhabile et non exempte de dangers? Je sais bien qu'à cela mon excellent ami et ancien collègue Castiaux me répond : la thoracentèse est tout a fait inoffensive et qu'il prend corps à corps espérant le terrasser, (y a-t-il réussi ?) M. Chassaignac qui devant l'Académie, s'est complu à noircir le tableau des ponctions thoraciques.

Jusqu'à nouvel ordre, je crois devoir résister à l'entraînement de M. Castiaux pour les ponctions aspiratices dans les épanchements pleuraux, — amour paternel que je puis ne pas imiter complétement, mais que je comprends toutefois parfaitement — Pour moi les règles tracées par mon excellent maître M. Marrotte dans un rapport à la Société médicale des hôpitaux en 1853, et celles plus récentes et plus complètes posées par M. Woillez dans son *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires* (1), restent encore mon guide que je ne puis abandonner malgré le puissant appui que donne M. le professeur Béhier aux idées formulées par M. Castiaux.

Les réflexions qui précèdent ne diminuent en rien l'admiration que je ressens pour le travail de M. Castiaux, évidemment son expérience est grande sur ce sujet, il peut parler en maître mais doit-on taxer de retardataires ceux qui, moins hardis, n'avancent qu'à pas lents et craignent d'être obligés de rétrograder après avoir fourni une course aventureuse?

Plusieurs chapitres sur les applications de la méthode aspiratrice dans les épanchements du péricarde, dans les abcès ganglionnaires, dans les hernies étranglées, dans les collections liquides du foie, des reins, dans la rétention d'urine, etc., terminent cet ouvrage volumineux, consciencieusement écrit, et que nous recommandons à la méditation de nos lecteurs.

G. PELTIER.

Chronique des hôpitaux

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. DUPLAY, suppléé par M. LEDENTU. — Salle Sainte-Marthe (femmes : n° 1, cysto sarcome du sein (opérée ; n° 7, kyste de l'ovaire; n° 13, périostite syphilitique ; n° 14, carie du calcanéum ; n° 15, erthrite du tarse ; n° 16, destruction de la voûte palatine et du voile par des gommes syphilitiques ; n° 19, vaste abcès par congestion de la région lombaire.

Salle Saint-Bernabé (hommes) : n° 2, Arthrite tarsienne blennorrhagique ; n° 3, larges plaques de rupia syphilitique chez un vieillard ; n° 5, carie du tibia, évidement ; n° 8, fistules multiples de l'anus et du périnée ; n° 12, arthrite du coude . n° 18, papillome de l'aine développé sur un nœvus vasculeire, n° 19 fracture de la base du crâne ; n° 21, énorme hernie inguinale enflammée ; n° 25, chute sur les reins, commotion médullaire, parésie persistante ; n° 2[illegible], fracture double de l'avant-bras à sa partie moyenue, difficultés de contention ; n° 39, arthrite purulente primitive du genou ; n° 40, ostéo-périostite du tibia de nature syphilitique ; n° 50, tumeur syphilitique de la gaine des péronniers ; n°s 43 et 52, Brûlures étendues ; n° 47, ulcères de la cuisse ; n° 50, cryptorchidie chez un jeune homme de 22 ans.

Service de M. GOMBAULT. — Sainte-Geneviève (femmes): 3, albuminurie; 4, diabète ; 11, chorée ; 14, hystérie, paralysie ; 18. contracture hystérique ; — Saint Eloi (hommes : 3, affection cardiaque, hémiplégie droite, aphasie; 15 pneumothorax; 23, carcinome de l'estomac ; 26, pneumothorax du côté droit, pneumonie: 30, pleurésie gauche, thoracentèse ; 38, *zona ; sciatique ;* 47, syphilis tertiaire.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Cliniques les merdis, jeudis, samedis. — Salle des femmes : 6, abcès phlegmoneux de la partie antérieure de la cuisse ; 19. ostéo-sarcome récidivant de la mâchoire inférieure, côté gauche ; 20, névralgie utéro-ovarienne très intense, hypochondrie.

Salle des hommes : 2, phlegmon et abcès interdigital de la main droite, à la suite d'un durillon correspondant à l'annulaire ; 13, demi-bourrelet hémorrhoïdal procident et étranglé. Rétrécissement très-étroit de la portion membraneuse de l'urètbre ; 14, — large ulcère de la jambe gauche avec hyperostose tibiale ; — 21, érytheme variqueux, phlegmon ; 22, rétention complète d'urine causée par un excès de table, chez un homme porteur d'un rétrécissement très-peu étroit ; hypertrophie du lobe droit de la prostate ; 28, ecthyma et ulcérations syphilitiques aux deux jambes ; 35, éléphantiasis du pied et de la jambe droite, poussée érythémateuse ; 39, orchite, érysipèle plegmoneux de la verge et du scrotum ; 41, hydrocéle vaginale bilatérele déjà opérée, récidive ; 43. kérato-conjonctivite aiguë, très-vasculaire, de nature scrofuleuse, à gauche ; un peu d'opacité de la cornée à droite.

Hôpital Beaujon. — Chirurgie : service de M. LEFORT. — 5, morsure de cheval, fracture directe du radius ; — 9, fracture du rocher ; paralysie faciale, guérison ; — 11, fracture compliquée du coude ; — 14, fracture sus-condylienne du fémur ; — 35, exstrophie de la vessie : opération d'autoplastie ; — 29, Lithotritie paralysie de la vessie ; — 49, ophthalmie sympathique ; — 32, sarcome de la cuisse.

Femmes : 1, Nécrose totale de la clavicule : Résection ; — 15. Pustule maligne ; gangrène ; — 17, atrophie musculaire progressive,

Service de M. LECORCHÉ. — 5. hydro-pneumo thorax ; — 6, pleurésie enkystée ; — 13, Mal de Pott : paraplégie ; — 18, adénie ; — 20 péritonite cancéreuse : guérison.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. — 21, cancer de l'estomac ; — 2[illegible], ataxie ; — 1. Rétrécissement et insuffisance mitrale.

Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, — N°s 4 et 5 fièvres intermittentes traitées par le *picrate d'ammoniaque ;* — n°s 3, 10 et 11, rhumatismes traités par la trymétylamine.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. le docteur WOILLEZ : St-Landry (hommes : N° 4, pleurésie séreuse du côté gauche ; — n° 9 pneumonie caséeuse ; — n° 10, affection mitrale, embolie, aphasie ; — n° 11, fièvre typhoïde légère ; — n° 13, fièvre typhoïde, forme adynamique ; — n° 25, maladie de Bright, début récent. Anurie, urémie forme dyspnéique ; — n° 27 fièvre typhoïde forme comateuse.

Sainte-Mathilde (femmes) : N° 10, paralysie hystérique; chlorose ; — n° 14, kyste hydatique du foie ; — n° 19 bis. zona traumatique des dernières branches nerveuses intercostales ; — n° 22, Hématocéle péri-utérine.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL, — Cliniques les lundis, mercredis et vendredis. — Salle des femmes : n° 16, fracture du fémur gauche chez une cancéreuse par dépôt secondaire dans les os ; n° 20, tumeur gommeuse du pli de l'aine ; n° 24, plaques muqueuses de l'anus, simulant des fissures anales. — Salle des hommes : n° 3, fracture par écrasement du calcanéum.

Service de M. DESNOS. — Salle des hommes : n° 11, rhumatisme articulaire ; n° 9, pleurésie gauche ; n° 15, oreillons ; n° 26, érythème papuleux.

Service de M. GALLARD. — Salle des femmes ; n° 13, kyste de l'ovaire ; n° 28, oblitération congénitale du vagin (femme de 23 ans). — Salle des hommes : n° 29, cirrhose du foie ; n° 40, albuminurie aiguë.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Du 28 juin au 4 juillet, 765 décès, soit 36 de plus que la semaine précédente. Rougeole 15 ; — Scarlatine, 4 ; — Diphthérie, 10 ; — *croup*, 17 ; Fièvre typhoïde, 6 ; — Erysipèle, 4 ; — Bronchite aiguë, 16 ; — Pneumonie, 40 ; — dyssenterie, 2 ; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 14 : *choléra nostras*, 1 ; — affections puerpérales, 6.

LYON. — Du 16 au 29 juin, 336 décès. — Rougeole 12 ; — fièvres continues. 10 ; — pneumonie, 11 ; — *diarrhée* et *entérite*, 24 ; — *cholérine*, 5 ; — angine couenneuse et croup, 5 ; — affections puerpérales, 7 ; — affections cérébrales, 55.

LONDRES. — Population, 3,356,073 habitants. — Du 22 au 28 juin, 1,129 décès. — Rougeole, 28 ; scarlatine, 10 ; — diphthérie, 8 ; — croup, 6 ; — coqueluche, 57 ; — fièvre typhoïde, 14 ; — dyssenterie : 2 ; — *diarrhée*, 22 ; — *choléra nostras*, 2 ; érysipèle, 6 ; — bronchite, 94 ; — pneumonie, 47.

CHOLÉRA. — *Bohême.* Du 14 au 20 juin, il y a eu 9 décès par le choléra à *Prague*.

(1) Page 517 et suivantes.

Hongrie — Du 15 au 21 juin, 21 décès par le choléra à *Pesth*. — *Autriche*. — D'après une dépêche insérée dans les journaux anglais il y aurait eu à *Vienne*, avant le 5 juillet, huit décès par le choléra, fournis par des voyageurs. Depuis lors, nous ne possédons aucun renseignement. — *Pologne, Silésie*, etc. On signale l'apparition du choléra dans les pays qui avoisinent la Vistule, à Cracovie, etc., ainsi que dans la Haute-Silésie. — *Italie*. Le choléra a fait son apparition à *Venise*.

ERRATA. — Dans le n° 2 du *Progrès*, page 19, col. 2, au lieu de *Seuvre*, lisez VIOLLET. Même n° page 48, col. 1, lisez *quatorze* places au lieu de 144.

UN ACTE DE JUSTICE. — Le sénat italien vient d'adopter l'article du nouveau code Lanitoire qui accorde une pension aux familles des médecins succombant dans l'accomplissement de leurs devoirs professionnels durant une épidémie.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — *Vente de l'huile de foie de morue*. La Cour d'appel de Douai n'a pas admis la jurisprudence de la Cour de Paris en matière de vente d'huile de foie de morue. Elle a décidé que cette huile n'est pas une substance médicamenteuse, et que les droguistes et épiciers qui la vendraient en détail ou au poids médicinal ne commettent aucune contravention à la loi du 21 germinal an XI. — En conséquence, le jugement du tribunal correctionnel de Lille, qui avait condamné deruièrement un droguiste à 500 fr. d'amende a été reformé. — Cette décision admet la libre concurrence pour la vente de l'huile de foie de morue. (*France médicale*, n° 50.)

CONCOURS *pour deux places de chef de cliniques médicales*. — Un concours pour deux places de chef de cliniques médicales sera ouvert à la faculté de médecine de Paris, le 21 juillet 1873 à 3 heures. Seront seul admis à concourir les docteurs en médecine âgés de moins de 34 ans le jour du concours. — Le registre d'inscription pour le concours sera ouvert au secrétariat de la faculté jusqu'au 19 juillet.

Concours pour une place de professeur suppléant de thérapeutique et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon. — Ce concours aura lieu le lundi 11 août 1873 à 9 h. Les docteurs en médecine seulement sont admis à concourir. On doit s'inscrire avant le 1er août. On fournira son acte de naissance, son diplôme, ses titres, ses travaux. Les épreuves consistent : 1° en titres des travaux scientifiques ; 2° détermination de certaines substances fraîches ou sèches ; 3° une dissertation orale qui sera la même pour tous les candidats ; on ne se servira d'aucun livre ; 4° une leçon orale après 24 heures de réflexion sur une question de thérapentique et matière médicale. La durée du professorat est de six ans.

Hôpital Saint-Jean de BORDEAUX. — *Concours pour une place de deuxième élève externe*. — Ce concours sera ouvert le 20 septembre prochain. Ne seront admis à concourir que les élèves en médecine ayant au moins quatre inscriptions validées. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 septembre inclusivement à la mairie, division de la police administrative. — Le programme comprend : une épreuve orale sur l'anatomie des organes génito-urinaires, une question élémentaire ayant trait aux affections vénériennes, et une question de petite chirurgie. — Le temps accordé pour l'ensemble de ces questions est de une heure y compris le temps de la réflexion. — L'élève nommé entrera immédiatement en fonctions. Son traitement sera de 250 fr. Il succèdera de droit pour une année, au premier élève externe le 1er janvier 1875, et jouira dès lors, à ce titre ; d'un traitement de 500 fr. (*Bordeaux méd.*, n° 27).

PROCÈS BACCELLI. —Le conseil supérieur de l'Instruction publique, ayant reconnu vrais les faits imputés au Prof. Baccelli (de Rome), lui a fait suspendre ses fonctions pendant 3 jours. Nous dirons avec le « *Morgagni* » de Naples, que la peine matérielle ne doit pas être appliquée à un homme qui a l'estime de lui-même. Il suffit de lui dire « vous avez mal agi, » pour lui infliger une punition suffisante. Quelques journaux prétendent que M. Baccelli aurait proposé sa démission.

STATUE DE MORGAGNI. — Les Italiens attendent la fin du congrès de Vienne pour inaugurer la statue de Morgagni à Forli. Cette solennité aura lieu du 20 au 30 septembre.

HERBORISATION. — *M. Decaisne* fera son herborisation dimanche prochain, 13 juillet, dans la forêt de Sénast. Rendez-vous au chemin de Lyon (station de Ris-Orangis), à l'arrivée du train partant de Paris à 9 h. 25 m.

VACANCES MÉDICALES. A céder à 12 minutes de Paris une position médicale. Rapport susceptible d'augmentation 8,000 fr., s'adresser à M. Leclerc libraire place de l'École de Médecine, 14.

NÉCROLOGIE : « Joseph Vriès, dit le *docteur noir*, est mort le 21 juin, dans un hôtel de la rue Jean-Jacques-Rousseau, 45. Vriès avait loué, place Sainte-Opportune, un petit appartement dont les meubles avaient été saisis à la requête d'un créancier. Dès qu'il se sentit atteint de la maladie qui devait l'emporter, il se fit transporter à l'hôtel ci-dessus désigné. M. Vriès est mort dans la dernière misère, il devait plus de 300 fr. au maître d'hôtel qui le gardait par commisération. Les frais de ses obsèques ont dû être faits par la ville. » *Sic transit gloria mundi* (*Liberté*).

L'ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES, pour 1873 (14e édition), est en vente à la librairie H. Rey, 14, rue Monsieur-le-Prince (bureau de la *Gazette des Eaux*). Ce volume, entièrement nouveau, contient la nomenclature des bains minéraux de France et de l'étranger, Allemagne exceptée. — Propriétés diverses de ces bains ; tableau des indications thérapeutiques des sources minérales, moyens de communication, services spéciaux des chemins de fer. Notices sur les principaux établissements, etc. Charmant volume in-18 de 260 pages, très-portatif, imprimé sur papier satiné. Memento indispensable du médecin, du malade et du touriste. Prix : 1 fr. 50, *franco* par la poste.

Librairie F. SAVY, rue Hautefeuille, 24.

VACHER (L.) De l'obésité et de son traitement avec une conférence sur le traitement de l'obésité d'après le système Banting par NIEMEYER. In-8 de 6 pages, 1873 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

DUJARDIN-BEAUMETZ. Nouvelles recherches sur la trimethylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. In-8 de 48 p. 2 fr.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'Ecole de Médecine.

CHAMPAGNAT. Action des eaux de Vichy sur le tube intestinal. In-12 de 36 pages, 50 c.

POTHEAU. Etude sur la valeur sémiologique de la ménorrhagie ou exagération du flux menstruel. In-8 de 100 pages, 2 fr.

ROCHARD (F.) Maladies des cheveux. Moyen d'y remédier et d'en réparer la perte. In-12 de 36 pages, 50 c.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 6 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 19 JUILLET 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois................ 8 »

ANNONCES. { 1 page.... 200 fr. / 1/2 page.... 100 — / 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

SYMPTÔMES. — DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

Messieurs,

IV. Ainsi que je vous le disais tout à l'heure, dans la paralysie par compression, la sensibilité ne se modifie que très-tard, d'une manière sérieuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion, qui, primitivement, avait occupé les parties centrales de la moelle. Quoi qu'il en soit, voici l'exposé de quelques particularités relatives aux troubles de la transmission des impressions sensitives, lesquelles se manifestent de préférence, mais non pas cependant d'une façon exclusive, dans les paralysies par compression ; elles ne s'observent, ainsi que vous l'avez dû pressentir d'après ce qui a été dit plus haut, que dans les cas où la compression est portée à un haut degré.

En premier lieu, je signalerai *le retard dans la transmission des sensations,* phénomène curieux et qui, si je ne me trompe, a été pour la première fois relevé par M. Cruveilhier : il peut, ainsi que je l'ai une fois constaté, se passer quelquefois jusqu'à trente secondes depuis le moment où l'impression a lieu jusqu'à celui où elle est perçue par le malade.

Je dois mentionner ensuite une sorte d'*hyperesthésie* ou mieux de *dysesthésie* par suite de laquelle les moindres excitations, telles qu'un léger pincement, l'application d'un corps froid, donnent naissance à une sensation très pénible même quelle que soit la nature de l'excitation et dans laquelle domine, d'après les récits des malades un sentiment de vibration. Ces vibrations, toujours d'après ce que rapportent les malades, semblent remonter du côté de la racine du membre en même temps qu'elles descendent vers son extrémité. Dans certains cas, ces sensations persistent pendant plusieurs minutes, un quart d'heure et plus encore, après la cessation de la cause excitatrice qui l'a déterminée. En pareil cas, le malade éprouve toujours une grande difficulté à désigner exactement le lieu où l'excitation a été produite.

Enfin, il n'est pas rare que l'excitation portant sur un membre, après avoir produit les phénomènes qui viennent d'être indiqués, soit suivie au bout de quelque temps d'une sensation analogue qui paraît siéger symétriquement dans un point du membre opposé correspondant à la région primitivement excitée. Cela rentre dans l'histoire de ce qu'on désigne sous le nom de *sensations associées*.

On a cherché, vous le savez, à se rendre compte ainsi qu'il suit de la production du phénomène en question :

Lorsque la transmission des impressions sensitives dans la moelle est rendue difficile par l'interruption d'un certain nombre de tubes nerveux (centripètes), ces impressions seraient transmises par la voie des cellules ganglionnaires, liées entre elles par leurs prolongements jusqu'à des fibres nerveuses restées saines ; ces impressions parvenues au centre de perception par cette voie anormale seraient consécutivement, suivant la règle commune, rapportées à la périphérie de ces dernières fibres nerveuses.

J'ai cru, Messieurs, devoir rappeler ces particularités parce que, je le répète, elles s'observent plus communément et à un plus haut degré, dans la paraplégie par compression que dans toute autre forme de paralysie des membres inférieurs. Mais il ne faudrait pas, cette fois encore, chercher là un caractère distinctif, absolu. D'ailleurs ces symptômes, et j'insiste sur cette réserve, ne s'observent guère, dans la paraplégie déterminée par une compression lente de la moelle épinière, que dans le cas où la lésion spinale est portée au plus haut point.

V. A moins de complications inattendues, la nutrition dans les parties paralysées, demeure normale. Ainsi les

(1) Voir les nos 1 et 4 du *Progrès médical*.

muscles conservent pendant de longs mois leur volume et leurs propriétés électriques. L'inactivité prolongée finit toutefois par amener l'émaciation et l'amoindrissement de la contractilité faradique des muscles paralysés. De leur côté, le tégument externe, la vessie, les reins ne présentent, pendant longtemps, aucune modification nutritive appréciable. Mais la vitalité de ces organes paraît rapidement se modifier sous l'influence de certaines complications. Ainsi, par exemple, dans un cas que j'ai observé de paraplégie consécutive à un mal de Pott, l'ouverture subite d'un abcès dans le canal rachidien, détermina une brusque irritation du segment inférieur de la moelle bientôt suivie de la formation rapide des eschares sacrées, d'une modification de la contractilité électrique des masses musculaires qui, peu à peu, présentèrent une atrophie remarquable. Les urines en même temps deviennent purulentes. Les accidents survenant dans de telles conditions sont en général promptement mortels. Du reste, sans l'intervention apparente d'une cause nouvelle, d'une complication quelconque, ces mêmes accidents peuvent se manifester à un moment donné dans le cours des paraplégies par compression et déterminer l'issue fatale.

VI. Jusqu'ici, Messieurs, nous ne nous sommes occupés que des lésions organiques qui interceptent le cours des fibres nerveuses dans la moelle, sur un point, dans toute son épaisseur. Je veux actuellement appeler votre attention sur le cas où l'une des moitiés latérales de ce centre nerveux est seule lésée par le fait de la compression.

Il importe de bien spécifier tout d'abord l'étendue et le mode de répartition de l'altération que nous avons en vue.

Nous supposons la moitié latérale de la moelle épinière lésée dans toute son épaisseur, jusqu'à la ligne médiane. La lésion, doit avoir par conséquent interrompu le cours des fibres des cordons postérieurs et antéro-latéraux d'un coté et simultanément aussi les parties correspondantes de la substance grise jusqu'à la ligne médiane. Dans ces conditions spéciales et dans celles-là seulement la lésion dont nous étudions les effets se traduit cliniquement par un ensemble symptomatique fort remarquable et vraiment caractéristique.

On peut désigner cet ensemble simplement sous le nom d'*hémiplégie spinale avec anesthésie croisée* quand la lésion dont il s'agit occupe un point de la région cervicale.

Si c'est au contraire un point de la région dorsale ou lombaire qui est affecté de cette façon, ce n'est plus l'hémiplégie, mais bien *l'hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée* qu'on observe. Vous allez reconnaitre bientôt, Messieurs, la raison de ces dénominations.

VII. Toute lésion hémilatérale de la moelle, qui ne remplirait pas les conditions expresses que je viens d'énumérer, ne produirait pas l'ensemble symptomatique sur lequel je veux attirer votre attention ou ne le produirait tout au moins que d'une manière imparfaite ; une fois au contraire ces conditions remplies, le tableau symptomatique se présente nécessairement. La connaissance que nous en avons est de date toute moderne. C'est un des résultats les plus nets et les plus fructueux qu'aient fourni, dans ces derniers temps, l'intervention de la physiologie expérimentale dans le domaine de la pathologie spinale, et je suis heureux de dire que cet important résultat est dû tout entier aux travaux de mon ami. M. le professeur Brown-Séquard.

Ce n'est pas, toutefois, que l'hémiplégie et l'hémiparaplégie spinales aient passé inaperçues jusqu'à lui ; mais, jusqu'à M. Brown-Séquard, ce n'était là, pensait-on, qu'une réunion pour ainsi dire fortuite de phénomènes étranges, contradictoires, inexplicables au point de vue de la physiologie régnante. Aujourd'hui grâce aux travaux de M. Brown-Séquard, nous connaissons, en grande partie du moins, la raison des phénomènes qu'il nous est possible de faire remonter, avec précision, jusqu'à la lésion anatomique qui leur a donné naissance.

Pendant longtemps, au point de vue clinique, l'intérêt a été surtout chirurgical, car la section hémilatérale de la moelle capable de déterminer l'hémiparaplégie avec anesthésie croisée, paraît être une conséquence fréquente des lésions du centre spinal par un instrument tranchant. Cependant le médecin est appelé à observer parfois cette forme symptomatique, et en particulier lorsqu'il s'agit de la compression spinale occasionnée par une tumeur.

(A suivre)

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR **BÉHIER**.

Étude de quelques points de l'Urémie (Clinique; — Théories; — Expériences.)

Leçons recueillies par H. LIOUVILLE, chef du laboratoire et I. STRAUS, chef de clinique adjoint (1).

L'expérimentation, elle non plus, sachez-le bien, Messieurs, ne donne rien de décisif. Frerichs a injecté chez le chien 1 et 2 grammes de carbonate d'ammoniaque et a obtenu des convulsions, mais ces doses sont trop fortes et ne prouvent rien pour l'interprétation pathologique que nous poursuivons.

Ici aussi, nous avons eu recours à des expériences de contrôle. Nous avons injecté à des grenouilles, sous la peau, 25 milligrammes d'une solution de carbonate d'ammoniaque; peu après l'animal devient inquiet, il s'agite, présente des convulsions cloniques, puis tétaniques et meurt au bout de 20 à 30 minutes. Voici l'expérience que nous répétons sous vos yeux : vous voyez cette grenouille en pleine raideur tétanique, si bien qu'on peut la soulever tout d'une pièce par l'une de ses extrémités ; elle a reçu sous la peau une injection de 10 milligrammes de carbonate d'ammoniaque.

Nous faisons la même tentative sur le cobaye; la dose du poison nécessaire pour obtenir des convulsions est de 0 gr. 50 ; chez le lapin, pour déterminer les mêmes effets, il faut aller jusqu'à 1 gr. 50 et 2 gr. ; ce sont là des doses moyennes, presque limites (2). Le poids et la résistance vitale différant chez ces animaux les font naturellement un peu varier.

Du reste les phénomènes que vous présentent ces animaux ne sont pas la reproduction de tous les accidents urémiques habituels; ce sont surtout des convulsions épileptiformes et tétaniformes avec un notable abaissement de la température, que nous avons toujours relevé avec M. Liouville, même immédiatement après les plus violentes secousses convulsives. Nous reviendrons du reste sur ce point spécial (3). Mais ici la dose du poison est énorme et beaucoup plus élevée en proportion de ce qui peut exister chez l'homme. En effet, M. Rosenstein remarque qu'en comparant le poids et le volume du corps de l'homme à ceux des animaux en expérience, c'est 20 à 30 grammes de carbonate d'ammoniaque qu'il faudrait injecter chez l'homme pour produire des accidents de cette sorte. Si de telles quantités existaient dans le sang de nos malades,

(1) Voir les nos 2, 3 et 5 du *Progrès médical*.
(2) *Société de Biologie, 1873*. Communication de MM. Béhier et Liouville.
(3) Voir *Société de biologie* et *Gazette médicale* (1873).

l'analyse chimique les révèlerait avec la plus grande facilité; or, vous le savez, c'est à peine si elle décèle des traces d'ammoniaque dans le sang de ceux qui succombent à ce qu'on appelle les accidents urémiques,

Ainsi je me vois amené, à mon tour, à rejeter l'hypothèse de Frerichs qui attribue les symptômes produits à la conversion de l'urée en carbonate d'ammoniaque. Vous voyez en effet que les accidents provoqués par ce poison sont différents (le coma fait défaut); les doses le sont encore davantage, de grandes quantités de carbonate d'ammoniaque étant nécessaires pour la réussite de l'expérience, tandis qu'on n'en constate que des traces dans le sang des malades, et de plus faibles quantités encore dans l'air expiré (1).

Un autre point nous reste à mentionner; je vous ai dit que les accidents de l'urémie ou mieux de l'empoisonnement urineux se manifestent quand l'élimination de l'urine ou son excrétion sont empêchées. En 1860, Jaksch a établi à ce sujet une distinction importante. Il a montré que les troubles survenus dans la sécrétion ou filtration urinaire, ou *urémie* proprement dite, s'accompagnent d'autres symptômes que ceux que présente la résorption de l'urine après transformation ammoniacale. C'est à ce dernier ordre de faits qu'il a appliqué la dénomination d'*ammoniémie*. Dans le parallèle qu'il établit entre l'ammoniémie et l'urémie proprement dite, il insiste surtout sur l'odeur ammoniacale dégagée par l'urine et par le malade dans le premier cas, odeur qui fait défaut dans l'urémie brightique; dans l'ammoniémie, il y a des frissons répétés, ils manquent dans l'urémie absolument; les vomissements sont constants dans l'ammoniémie; dans l'urémie, ils peuvent faire défaut.

Ce tableau différentiel de Jaksch a été reproduit, en 1868, par M. le professeur G. Sée; seulement, mon honorable collègue conteste l'existence de la diarrhée et des vomissements dans l'ammoniémie et attribue ces deux symptômes exclusivement à l'urémie.

Quoiqu'il en soit de cette distinction, assez fondée en clinique, elle prouve une fois de plus l'insuffisance de la théorie de Frerichs, puisque, cliniquement comme expérimentalement, l'empoisonnement par les produits ammoniacaux diffère de l'empoisonnement urémique.

Enfin, il existe des faits, rares il est vrai, mais bien observés, où les phénomènes dits urémiques se sont développés chez des sujets dont l'urine des 24 heures contenait une quantité normale et même exagérée d'urée. (27 gr. 3 dans le cas de Parkes, 26 gr. 8 dans celui de Schottin, et même 40 gr. 2 dans celui de Mossler). La rétention de l'urée et sa transformation en produits ammoniacaux ne pouvaient certes pas être invoquées dans ces cas, comme cause des accidents observés, puisqu'elle était éliminée librement et même abondamment par les urines.

Ce furent des faits de cette nature qui conduisirent Scherer, Hoppe et Oppler à attribuer les symptômes que nous étudions, non pas à la rétention de l'urée, mais à la présence de produits d'oxydations inférieurs, à la créatine, la créatinine, la leucine et aux matières encore indéterminées et confondues sous le nom de *matières extractives*. Oppler a trouvé ces substances accumulées dans les liquides de l'organisme et jusque dans les muscles; plus récemment, notre regretté Chalvet avait fait connaître sur ce point des résultats encourageants. Il a constaté que dans ces états improprement appelés urémiques, la proportion d'urée dans le sang, loin d'être augmentée, est abaissée notablement; nouvelle preuve de la fausseté de la théorie de Wilson et d'Hammond. Pierre Chalvet voyait dans la présence de ces matières extractives un indice de la diminution des combustions organiques, insuffisantes pour transformer les déchets en urée et donnant naissance à des produits intermédiaires. Cette donnée devient surtout intéressante si on la rapproche d'un autre fait clinique fort intéressant à savoir, *l'abaissement correspondant de la température observée*.

Dans les *expériences d'injection d'urée* ou de *carbonate d'ammoniaque* chez les animaux, faites à notre laboratoire, nous avons avec M. Liouville noté un *abaissement de température* provoqué constamment par cet empoisonnement. Nous opérions sur des lapins et sur des cobayes. Nous n'avons pas répété ces expériences sur le chien. Ainsi, par exemple, chez un cobaye à qui nous fîmes une injection de 0 gr. 50 de carbonate d'ammoniaque dans le tissu cellulaire du dos, le 2 mars à 6 h. 10, la température rectale, avant l'injection était de 39°,2. Les convulsions commencèrent à 6 h. 22 et la mort avait lieu 6 h. 25 du soir. La température à ce moment était tombée à 36°,9, elle présentait donc un abaissement de 2°,3.

Chez un autre cobaye observé avec grand soin et qui reçut une semblable injection de la même dose le 8 mars, à 10 h. 26, la température rectale était avant l'expérience de 40°,4. A 10 h. 39, au moment de la mort survenue avec la même forme d'accidents, elle était tombée à 38°,8 après avoir présenté une ligne descendante continue.

De même, chez un lapin pesant 2,500 grammes, auquel le 13 mars on a injecté à 4 h. 40 du soir, 2 grammes de carbonate d'ammoniaque (1 0/0 de la quantité totale du sang) la température rectale marquait 40° avant l'opération; à 4 h. 55, au moment de l'attaque tétanique, elle était de 39°,3; les convulsions persistant, elle descendit à 38°,5. à 5 h. 45 l'animal revenait à lui tout en continuant à présenter des convulsions et une température de 36°,8. Enfin, à 6 h. 45, après une forte émission d'urine, la température rectale marquait 35°,8. A 8 heures, le lapin circulait avec assez d'ativité, se défendait bien et la température était remontée à 38°,6.

Ces faits expérimentaux répondent donc parfaitement aux faits cliniques mis en lumière par MM. Bourneville et Charcot, et qu'avec un certain nombre de cliniciens nous avons déjà contrôlés à plusieurs reprises (1).

De plus, ces faits répondent à la manière de voir de Chalvet. Il pensait que les substances injectées empêchent les combustions organiques, mais, il faut bien le reconnaître, cette analogie ne sert pas encore à éclaircir la pathogénie des accidents urémiques.

Hammond avait émis cette assertion que l'urine en nature constituait un poison énergique, plus violent que l'urée ou que le carbonate d'ammoniaque. Une expérience que nous avons instituée ne confirme point cette opinion. Le 10 mars 1873, nous injectons à un lapin 5 centimètres cubes d'urine d'un lapin mort la veille. Il supporta très-bien cette opération, et sans abaissement notable de la tempépature. Ce n'est là qu'une expérience isolée, qui prouve bien que les effets toxiques ne sont pas aussi violents que le prétend Hammond.

En résumé, il est constant que la non-filtration de l'urine (néphrite, maladie de Bright, etc.) produit certains accidents appelés urémiques; ces mêmes accidents, avec quelques variantes, entre autres l'absence de l'œdème, se retrouvent dans les troubles de l'excrétion et dans la résorption de l'urine (cystite, rétrécissements de l'urèthre, etc).

Mais, parmi les matériaux qui entrent dans la composition de l'urine, quelle est la substance qu'il faut incréminer? c'est là ce qu'il est encore impossible de déterminer, non plus que la lésion anatomique que cet agent ou ces agents (s'ils sont multiples) provoquent dans les centres nerveux.

Vous voyez, Messieurs, que la question est loin en-

(1) On fait dissoudre deux grammes d'iodure de potassium dans cinq grammes d'eau distilée. A l'aide du réactif de Nessler. — On ajoute ensuite de l'iodure de mercure jusqu'à ce que la solution iodnrée ne veuille plus en dissoudre. On laisse en repos pendant 25 heures. Au bout de ce temps, on ajoute trente grammes de potasse caustique liquide et on filtre à l'abri d'émanations ammoniacales. On essaie alors le réactif avec de l'acide sulfurique ne contenant aucune trace d'ammoniaque. S'il y a quelques traces d'ammoniaque, on a un précipité jaune pâle; si l'ammoniaque est en grande quantité on a un précipité brun d'iodure ammonio-mercurique.

(1) Voir : Communication *à la Société Anatomique* par MM. Béhier et Liouville, *Bulletin* 1873; et *Mouvement Médical*. (1873).

core d'être épuisée, et, ce que j'ai surtout tenu à dégager devant vous, c'est précisément la complexité et l'obscurité de cette étude. Nous ne devons vous dissimuler ni vous atténuer les difficultés de la science. Il est un certain ordre de questions qui ne comportent pas actuellement une précision absolue et ne sauraient l'acquérir qu'au détriment de la vérité et de la réalité des faits : l'urémie est de ce nombre. La notion d'un trouble apporté à la filtration urinaire suffit pour la compréhension générale du processus urémique et est définitivement acquise. Vouloir aller au-delà et préciser davantage, ce serait violenter les faits, ce serait introduire dans le problème une clarté illusoire et qui servirait plutôt à vous égarer qu'à vous guider.

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon.— Auscultation (1).

Leçons recueillies par P. BUDIN.

PNEUMONIE AIGUE LOBAIRE

Messieurs,

Si, en effet, il suffisait que les parois des alvéoles fussent gonflées par la congestion de leurs vaisseaux et lubréfiées par un liquide muqueux, pour avoir du râle crépitant, ce symptôme devrait être observé dans la majorité des faits de congestion pulmonaire, par exemple dans celle qui accompagne la plupart des fièvres, les bronchites avec congestion pulmonaire, etc. Or, tous les cliniciens vous diront que le râle crépitant fin n'est pas commun en pareil cas, et je puis ajouter que lorsqu'on l'observe, c'est qu'il existe alors des noyaux d'induration dus à de la pneumonie lobulaire, à de l'apoplexie ou à toute autre cause. Par conséquent, les conditions indiquées par Wintrich et par mon excellent collègue, M. Parrot, ne sont pas suffisantes.

De plus, dans les expériences qu'il a faites en insufflant et en auscultant après la mort les poumons de malades qu'il avait observés pendant leur vie, Parrot n'a pas tenu compte de la crépitation vésiculaire que fait entendre toujours le poumon lorsqu'on l'insuffle après l'ouverture du thorax. Cette cause d'erreur dans l'auscultation *post-mortem* n'avait échappé ni à Barth et Roger, ni à Wintrich.

Pour nous, nous croyons que deux conditions sont indispensables pour que le râle crépitant apparaisse et reste permanent un certain temps pendant une maladie de poumon :

1° Qu'il existe une induration du tissu pulmonaire en un point voisin de la plèvre ou située immédiatement au-dessous de cette membrane ; 2° que les alvéoles voisins de ce noyau d'induration puissent être pénétrés par l'air.

Voyons en effet ce qui se passe lorsque ces deux conditions sont remplies et faisons-en l'application au cas particulier de la pneumonie.

Lorsqu'un noyau dur se trouve situé près de la surface du poumon, il occupe plus de place que les alvéoles normaux pendant que dure le retrait du poumon dans l'inspiration. Il comprime par conséquent et aplatit les alvéoles normaux simplement congestionnés du voisinage, et ceux-ci ne contiennent plus leur air de réserve. Ces alvéoles se trouvent, à l'inspiration suivante, dans la même condition que ceux d'un poumon revenu sur lui-même après l'ouverture du thorax. Aussi, pendant cette inspiration entend-on le bruit de crépitation vésiculaire pur, c'est-à-dire extrêmement fin ou légèrement modifié par l'état de lubréfaction des parois alvéolaires congestionnées. Le noyau dur étant situé près de la surface pulmonaire, ce sont les vésicules de la surface qui sont alternativement aplaties et distendues par l'air, de telle sorte que le bruit produit est facilement transmis à l'oreille par la paroi costale. Lorsque le noyau d'induration arrive immédiatement sous la plèvre, ce noyau, qui est l'agent de la compression, sert en même temps à transmettre la crépitation qui se passe à son pourtour dans la profondeur du poumon, et de plus le même phénomène de crépitation se produit autour de lui à la surface pulmonaire.

Dans la pneumonie, pendant les premières heures où l'engoûment existe seul, on n'entend rien d'anormal si ce n'est une faiblesse de la respiration ; mais aussitôt que les infandibula d'une partie plus ou moins étendue du poumon située près de la plèvre sont remplis d'un coagulum fibrineux et hépatisés, le râle crépitant fin se manifeste par ses bouffées caractéristiques. Si l'hépatisation était au début et restait située profondément près de la racine du poumon, il ne viendrait pas de râle crépitant jusqu'à l'oreille.

Les deux conditions de la crépitation, analogues à celles que nous avons réalisées en injectant du suif solidifiable dans le poumon, se rencontrent donc aussi dans la pneumonie. Seulement les alvéoles qui, dans cette maladie, entourent le tissu hépatisé ne sont généralement pas normaux et presque constamment ils sont congestionnés. L'état de leurs parois qui servent de soutien à des vaisseaux dilatés par l'afflux du sang, la quantité variable de liquide qu'ils contiennent alors doivent entrer pour une grande part, dans la production du phénomène, et nous devons en tenir compte dans son analyse.

Le râle crépitant de la pneumonie reconnaît bien la même cause que la crépitation vésiculaire obtenue après l'injection de suif solidifié dans le poumon : il s'agit bien toujours dans les deux cas du redressement brusque, dans l'inspiration des parois alvéolaires, affaissées complètement par compression dans l'expiration ; mais ce bruit doit être légèrement modifié par le gouflement des parois cellulo-vasculaires et par la présence du liquide.

Il est rare en effet que le râle de la pneumonie, même observé à son début, donne un pétillement aussi fin, aussi sec que la crépitation vésiculaire du poumon sain, ausculté après l'ouverture du thorax. Telle a été la remarque faite par M. le professeur Sée, à qui nous faisions entendre ce dernier bruit. Il n'y a pas de doute pour nous que l'état de gonflement et d'humidité de la paroi des alvéoles congestionnés ne donne au râle crépitant de la pneumonie un son plus humide, moins tenu que celui de la crépitation vésiculaire du poumon normal,

Nous avons essayé, M. Grancher et moi, de modifier la crépitation vésiculaire en injectant dans le poumou, à travers les parois thoraciques conservées intactes, des substances visqueuses ou moins dures que le suif, de la gélatine, par exemple, et des solutions gommeuses.

La gélatine, injectée puis solidifiée dans le poumon, donne les mêmes résultats que le suif ; on entend au niveau de l'induration, à travers les côtes conservées intactes, du râle crépitant fin. La gélatine non encore solidifiée, et la gomme injectées dans le poumon ne nous ont rien donné lorsqu'on auscultait à travers les côtes.

Si l'on fait l'injection avec de la solution de gomme peu épaisse dans le poumon après avoir enlevé la paroi costale, et que l'on malaxe le noyau injecté de manière à faire fuser le liquide dans une portion plus étendue du poumon, il en résulte une distension molle du tissu. On se rapproche ainsi des conditions observées dans la congestion et dans l'œdème pulmonaire : les alvéoles pulmonaires sont incomplètement remplies et les petites bronches contiennent du liquide gommeux. En faisant l'insufflation avec le soufflet, on entend alors, en outre des râles crépitants fins, des râles muqueux à petites bulles qui se passent aux deux temps de la respiration et qui ont les petites bronches pour siége.

Cette expérience nous donne l'explication du râle humide à petites bulles et aux deux temps de la respiration qui vient se joindre au crépitant pur ou le remplacer ; mais ce dernier peut être modifié encore de plusieurs façons dans le cours de la pneumonie.

(1) Voir les n° 1 et 4 du *Progrès médical*.

Bientôt, en effet, l'hépatisation s'étend à de grandes masses du poumon et lorsque les infundibula d'une partie considérable d'un lobe sont remplis par l'exsudat solide, le râle crépitant disparaît ou ne s'entend qu'à la périphérie de l'hépatisation. Il est alors remplacé, dans le lieu primitivement affecté, par un bruit de souffle tubaire s'effectuant aux deux temps de la respiration, mais habituellement plus fort à l'inspiration qu'à l'expiration.

Ce bruit de souffle n'est autre chose que le bruit bronchique transmis à l'oreille par le tissu hépatisé, souffle qui n'est plus, comme à l'état normal, étouffé par l'air contenu dans les vésicules aériennes interposées entre la bronche et la paroi de la poitrine.

Mais assez souvent, soit au début de la période d'hépatisation, soit à son déclin, un certain nombre des lobules pulmonaires situés dans la partie hépatisée reçoivent encore de l'air et font entendre des bouffées de râle crépitant, bien que le souffle existe en même temps.

Le râle crépitant ne s'entend pas toujours en pareil cas dans les inspirations faibles, parce que la partie hépatisée est, par cela même, immobilisée, et que l'appel d'air ne s'y fait qu'avec une grande difficulté. Mais lorsqu'on fait tousser le malade, l'effort qui en résulte, l'expiration saccadée de la toux, et l'inspiration qui la suit, font pénétrer assez d'air dans les lobules, restées perméables, pour que la dilatation des alvéoles s'effectue en donnant naissance au râle crépitant. Il a lieu dans l'expiration même de la toux, qui agit là comme une inspiration, et dans la grande inspiration qui suit la toux.

S'il existe du souffle en même temps que le râle crépitant se manifeste, le râle est modifié dans son timbre.

La crépitation est alors plus intense, plus éclatante. Elle a quelque chose de déchirant, et Grisolle désignait cette variété du bruit pneumonique sous le nom de bruit de taffetas, parce qu'il ressemble à celui que fait un morceau de taffetas neuf qu'on déchire. La cause de ce bruit nous paraît bien simple à comprendre ; c'est un phénomène de consonnance ou mieux de résonnance : le son de la crépitation est renforcé par le souffle bronchique. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service médical des prisons.

Au commencement du mois de mars dernier, les journaux ont mentionné la création dans les dépendances de la prison de la Santé d'un hôpital spécial où les prisonniers sérieusement malades des divers établissements pénitentiaires seraient envoyés. Les journaux ajoutaient que le service médical serait confié à un médecin et à deux internes des hôpitaux, c'est-à-dire à des personnes qui devraient leurs fonctions au concours.

Or, si nos renseignements sont exacts, cet hôpital-prison serait à peu près installé ; mais il paraîtrait que l'administration, renonçant à sa première idée sur le mode de nomination du service médical, aurait décidé de les choisir directement. Le médecin aurait 2,400 fr. par an, soit 900 fr. de plus que les anciens médecins des prisons ; les internes auraient 1,000 fr. et ils seraient en outre, logés, chauffés et éclairés. On voit que, selon une pratique que l'on croyait à jamais disparue, les places données à la faveur sont mieux rétribuées que celles qui sont obtenues par le concours, c'est-à-dire par le travail.

Le médecin du nouvel hôpital sera-t-il pris parmi les médecins actuels des prisons? Dès lors qu'on rejette le concours, cela ne serait qu'équitable. Dans le cas contraire, il serait difficile d'approuver la conduite de l'administration.

Cette circonstance nous engage à revenir sur un point que nous avons déjà maintes fois signalé : L'administration devrait avoir le soin de faire connaître à l'avance les places vacantes dont elle dispose. Grâce à cette publicité, les médecins qui penseraient remplir les conditions exigées par la fonction auraient la possibilité de faire valoir leurs titres et, de son côté, l'administration pourrait faire un choix plus judicieux. Ce ne serait pas là, du reste, une innovation. En effet, à Lyon, on procède de la sorte pour certaines vacances médicales.

Des troubles trophiques et vaso-moteurs observés chez les hémiplégiques.

A la dernière séance de la *Société de biologie* (voy. p. 66), MM. Ollivier et Barety, ont communiqué, chacun de leur côté, le résultat de leurs recherches sur les différentes lésions qui surviennent, dans la moitié du corps paralysée, chez les hémiplégiques. — Ces lésions, qui varient quelque peu selon que l'on a affaire à des cas anciens ou à des cas récents, ont été, de la part de M. Charcot et de ses élèves, l'objet de publications assez multipliées (1).

Dans les cas récents, la peau du côté paralysé présente des plaques érythémateuses, des ecchymoses, que l'on retrouve à la face interne du péricrâne, des bulles, des phlyctènes, etc. Sur la fesse correspondant à l'hémiplégie, on voit se développer tous les phénomènes auxquels on a donné le nom de *décubitus aigu* (2). On a signalé des ecchymoses de la plèvre, de l'hypérémie de la muqueuse des bronches, des congestions, de l'œdème, de l'hépatisation dans le poumon du côté paralysé. Quant à l'apoplexie pulmonaire, bien qu'elle soit plus rare, elle n'a pas échappé aux observateurs (3). — Nous mentionnerons encore les ecchymoses qui intéressent l'endocarde, la muqueuse de l'estomac, des intestins, de la vessie, etc. (4).

L'œdème des membres paralysés, relevé par M. Ollivier, se rencontre parfois, en effet, chez les malades atteints récemment d'hémiplégie, mais il est plus commun dans les cas anciens (5). On peut voir actuellement dans le service de M. Charcot, une malade qui offre cette complication. Quant aux arthropathies des hémiplégiques, elles ont été soigneusement décrites par M. Charcot ; il est donc superflu d'insister sur ce sujet (6). Toutefois, nous citerons le fait suivant : chez une malade hémiplégique depuis plusieurs années, nous avons trouvé, dans plusieurs jointures du côté paralysé, des dépôts d'urate de soude : c'est encore là une lésion à joindre aux précédentes (7).

Il nous a semblé utile de rappeler ces différents travaux que les faits recueillis par MM. Ollivier et Barety, viennent corroborer. Les communications de MM. Ollivier et Barety auront assurément le mérite d'éveiller de nouveau l'attention sur ces questions et engageront les observateurs à consigner avec soin toutes les particularités qu'ils verront apparaître du côté des membres paralysés chez les apoplectiques.

(1) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1er et 2e fascicules. — *Société de biologie*, 1869 et 1870.

(2) Charcot. — *Loc. cit.*, p. 81. — *Société de biologie.*

(3) Voyez : Rostan, *Dictionn. en* 30, tome XXVI ; — Bourneville, *Mouv. méd.*, 1869, nos 25 et 26 ; — *Études cliniques et therm.*, etc., première partie.

(4) Charcot. — *Loc. cit.*, leçon IV, etc.

(5) Nous en avons communiqué un exemple à la *Société anatom.* en 1868. — Voyez aussi Bricquebec : *Étude sur quelques points de la séméiotique des hémiplégies récentes*, 1868.

(6) Charcot. — *Loc. cit.* p. 1009

(7) Charcot. — *Loc cit.*, p. 103, en note, et Bourneville, *loc. cit.*, p. 58.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE

M. BOUCHARD a étudié quelles pouvaient être les altérations des humeurs dans certains cas d'intoxication saturnine professionnelle. Il passe successivement en revue ceux dont l'urine contient de l'albumine et ceux dont l'urine n'en contient pas.

Chez les intoxiqués *actuels*, en ce moment en puissance de graves accidents, la quantité des urines est considérablement diminuée; non point par imperméabilité du rein, mais par absence d'absorption d'aliments liquides ou solides. Les malades ne boivent pas; aussi excrétent-ils à peine le 1/2, le 1/3, le 1/5 de la quantité normale d'urine. Cette urine est bien un peu plus dense, mais cette augmentation de densité est loin d'être proportionnelle à la diminution du liquide. D'où l'on peut conclure que la quantité absolue des matières solides séparées par les reins est beaucoup moindre. Cette diminution porte non-seulement sur l'urée, mais encore sur l'acide urique, l'acide phosphorique, etc. Seules les matières colorantes augmentent et l'on peut en trouver de 10 à 20 fois plus. Elles proviennent de la rapide destruction des globules, cause de la prompte anémie des saturnins.

Lorsque les accidents s'apaisent, que les malades vomissent moins et ne rejettent pas toutes les boissons qu'ils ingurgitent, les urines augmentent et se rapprochent de l'excrétion normale. Cependant la quantité d'urée est encore bien moindre; on en trouve à peine la moitié et cela chez des individus mangeant comme avant l'intoxication. Les matières colorantes sont fort abondantes; elles s'étaient accumulées dans le sang, et si elles n'ont pas été déjà séparées par le rein, c'est que la quantité d'eau contenue dans le sang était trop peu considérable pour les entraîner avec elle.

Lorsque le plomb cesse d'agir, que les accidents disparaissent, les urines paraissent normales, les matières colorantes diminuent; mais il subsiste encore des troubles du côté de l'excrétion de l'urée et de l'acide urique qui est à peine la moitié de ce qu'elle est d'ordinaire, en dehors de l'intoxication. Donc les modifications de l'urine persistent longtemps, et ces modifications paraissent dues non à l'imperméabilité du rein, non à l'élimination par quelques voies supplémentaires comme la muqueuse stomacale, par exemple, mais bien à une moindre désassimilation. Les éléments anatomiques s'oxydent moins et fournissent moins d'urée.

M. Bouchard ne croit pas non plus que l'on doive accepter les idées de Garrod sur la pathogénie de la goutte : Dans la goutte, le rein n'est pas imperméable; il n'est pas primitivement atteint, et si l'acide urique s'accumule dans le sang. Ce n'est pas qu'il ne puisse être séparé par le rein, mais c'est que sa production est beaucoup plus rapide.

M. ESBACH a commencé une série de recherches sur les usages des intercostaux et du diaphragme. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé: les intercostaux sont élévateurs dans leur portion chondro-sternale. Ils sont encore élévateurs par la moitié antérieure de leur fibres corto-costales et abaisseurs par la moitié postérieure des mêmes fibres.

M. OLLIVIER a déjà, dans une précédente séance, entretenu la société des hémorrhagies qui peuvent survenir chez les hémiplégiques. Il les a observées plusieurs fois et non-seulement sous la peau, dans les articulations, mais ancore dans les parenchymes pulmonaires et rénaux. Ces hémorrhagies siégent toujours du côté de l'hémiplégie, du côté opposé à la lésion encéphalique. Jusqu'alors ces faits étant restés inaperçus et en consultant les recueils périodiques on en trouve à peine quelques cas notés çà et là. Mais si les pathologistes s'en étaient peu préoccupés, les physiologistes avaient appelé l'attention sur ce sujet. Et c'est même une communication de M. Vulpian sur les lésions rénales, qui a donné à M. Ollivier l'idée de hâter ses recherches et de dépouiller ses observations, car déjà il avait remarqué ces quelques particularités.

Toutes les lésions cérébrales et quelque soit le siége qu'elles occupent, peuvent-elles produire ces hémorrhagies? Par ses recherches, M. Ollivier a reconnu que dans tous les cas, qu'il avait recueillis il y avait soit une rupture des ventricules latéraux, soit un épanchement sous les méninges, soit même une hémorrhagie méningée. Peut-être les hémorrhagies cérébrales, dans l'épaisseur des hémisphères peuvent-elles aussi produire les altérations que nous signalons, mais alors tout à fait exceptionnellement. Quant au mécanisme de ces hémorrhagies il s'explique facilement par des troubles moteurs. La vaso-paralysie amène d'abord de l'hypérémie, puis l'hémorrhagie peut survenir.

Outre les hémorrhagies, on peut encore trouver des hydropisies, des anasarques unilatérales, et toujours du côté opposé à la lésion. M. Ollivier vient d'observer un fait de ce genre : il s'agit d'une femme de 61 ans qui, à la suite d'une attaque apoplectique, a vu survenir un œdème considérable du membre supérieur, et du côté opposé à la lésion cérébrale.

M. MURON a, lui aussi, observé des hémorrhagies rénales dans des cas de lésions du cerveau. Il en a trois cas, très-présents à la mémoire. Ici encore, il y avait croisement ; à l'autopsie on avait pu constater une altération de la substance corticale.

M. BARRÉTY vient lire un mémoire, précisément sur cette question des altérations cérébrales, et de leur retentissement sur l'économie, ayant pour titre: *De quelques modifications pathologiques dépendant d'hémorrhagies ou de ramollissements circonscrits du cerveau et siégeant du côté de la paralysie ou soit du côté opposé à l'affection cérébrale.* Il a recueilli 18 observations en compulsant les auteurs, entr'autres l'atlas de M. Cruveilhier et le livre de Bennett. Il a trouvé, lui aussi, que les lésions hémorrhagiques que l'on peut rencontrer dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les articulations, le tissu sous-pleural, les divers parenchymes, — il a trouvé disons-nous, que ces lésions siégeaient du côté de l'hémiplégie. D'après ces observations les altérations cérébrales ainsi compliquées, se rencontreraient surtout au niveau des corps striés.

P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le Dr THOLOZAN, médecin du Shah de Perse, lit un travail, intitulé : *Considérations sur le développement des grandes épidémies de choléra* ; l'auteur s'attache à prouver que les Indes ne sont pas le foyer unique du fléau, mais qu'il prend aussi naissance dans d'autres pays tels que l'Afganistan, le Turkestan.

M. FAUVEL ne partage nullement cette manière de voir.

La discussion sur la *réorganisation du corps de santé militaire* est à l'ordre du jour. Nous reproduisons tout d'abord les conclusions du rapport de M. Broca :

« En conséquence, Messieurs, vos commissaires vous proposent à l'unanimité de répondre à M. le Ministre, au sujet des réformes que va nécessiter la réorganisation de l'armée et au nombre desquelles figure celle du corps des officiers de santé militaire : — 1° le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaire doit être rejeté, comme préjudiciable aux intérêts de l'armée; — 2° L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent et pris dans son sein ; — 3° L'autonomie du service de santé entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée. »

M. BUSSY, membre démissionnaire de la commission ainsi que MM. Gobley et Poggiale, monte à la tribune pour expliquer sa conduite. Il n'a pas voulu mettre son nom au bas d'un rapport émanant d'une commission dont la majorité était évidemment défavorable à la pharmacie militaire. Au reste les réformes proposées sont loin de le satisfaire et il préfère de beaucoup l'état actuel des choses.

M. POGGIALE, dans un long discours dont dont il ne lit qu'une partie, vient aussi soutenir les droits des pharmaciens militaires, qui doivent avoir le même rang et être les égaux des médecins et non leurs subordonnés. La régularité du service et le bien des malades exigent qu'il en soit ainsi.

M. le Secrétaire perpétuel, rappelle que l'Assemblée nationale a commencé à examiner le projet de réorganisation de

l'armée, qu'il y a donc urgence pour l'Académie à faire connaître au plus vite son opinon sur le service de santé.

M. Larrey fait observer qu'aucun des orateurs précédents n'a répondu au rapport de M. Broca. Chez toutes les nations étrangères la pharmacie militaire est subordonnée à la médecine.

M. Chauffard demande que ceux qui prendront désormais la parole discutent seulement le rapport de M. Broca.

M. Legouest, lit des passages d'un rapport d'un membre de la commission de réorganisation de l'armée, dans lesquels il est dit que les pharmaciens militaires conserveront leurs positions actuelles. Il cite en outre des rapports officiels déjà anciens, d'après lesquels la subordination de la pharmacie militaire à la médecine était admise.

M. Gaultier de Claubry, demande que l'on discute uniquement sur la lettre du ministre. Sur la demande de plusieurs membres, l'Académie décide qu'elle se réunira en séance supplémentaire le jeudi, 17 juillet, pour continuer la discussion, G. d. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

Anévrysme de la crosse de l'aorte, par Liouville.

M. LIOUVILLE présente un anévrysme de la crosse de l'aorte et donne les renseignements suivants : Il s'agit d'un homme âgé de 48 ans, qui est entré à l'Hôtel-Dieu (service de M. Béhier), avec une bronchite emphysémateuse. Quelque temps après son admission il fut pris tout à coup d'une hémoptysie : Pendant deux ou trois minutes, il rendit des flots de sang rouge ; puis, il fit une large inspiration et succomba après quelques convulsions de la face. On pensa à une rupture vasculaire d'un conduit important effectué dans l'arbre aérien.

A l'autopsie, nous découvrîmes un anévrysme de la crosse de l'aorte, siégeant à 4 centimètres des valvules sigmoïdes, et offrant un diverticulum qui communiquait avec la bronche gauche par un orifice de la dimension d'une tête d'épingle. Cet orifice était mamelonné et à demi oblitéré par un caillot. C'est à cette perforation qu'était due l'hémoptysie si rapidement foudroyante. L'examen des ramifications bronchiques y fit voir des coagulations sanguines comme si l'on avait affaire à une injection de ces divisions. Des parties de lobes pulmonaires offraient des noyaux durs, rouges, apoplectiques. Une des artères émergentes de l'anévrysme, la carotide primitive gauche, était absolument oblitérée, dans une grande étendue, par un caillot d'apparence ancienne. L'artère était un quart moins grosse que l'artère correspondante du côté opposé qui, elle, paraissait même avoir subi une certaine dilatation anormale dans toute sa longueur. La *sous-clavière gauche* était libre ainsi que les *carotides internes et externes.* Le *cerveau* ne présente rien d'anormal.

M. GIRALDÈS rappelle qu'on a maintes fois signalé des oblitérations artériels en pareil cas ; mais il ne saurait dire si c'est par le même mécanisme que dans le fait actuel.

M. CHARCOT. M. Liouville a insisté sur la formation de certains foyers hémorrhagiques pulmonaires. J'ai vu, chez des vieillards succombant à des hémoptysies abondantes, l'autopsie demeurer négative. Y a-t-il alors des *anévrysmes miliaires?* Je ne sais ; mais quelquefois on rencontre sur les divisions de l'artère pulmonaire des anévrysmes, gros comme un pois, analogues à ceux qui existent à la base du cerveau. En pareille circonstance, on observe des foyers ecchymotiques, semblables à ceux qu'a mentionnés M. Liouville.

M. LIOUVILLE a noté tout récemment, dans un cas observé avec M. Béhier qui en a fait l'objet d'une de ses cliniques, les mêmes noyaux apoplectiques pulmonaires, chez un tuberculeux, âgé de 42 ans, qui est mort d'une hémoptysie foudroyante ayant duré quelques minutes seulement. Le malade paraît aussi avoir fait une large inspiration, à la suite de laquelle il eut quelques convulsions faciales, puis la mort.

Anévrysme guéri de la crosse de l'aorte, par Liouville.

M. LIOUVILLE montre à la Société un *anévrysme de la crosse de l'aorte* trouvé à l'autopsie d'un homme de 50 ans. Cet anévrysme était guéri. En effet, on voit actuellement une tumeur assez dure ayant les dimensions d'une grosse amande placée à la face antérieure de l'aorte et simulant un volumineux ganglion. Une incision ayant été pratiquée, on trouva qu'il s'agissait d'une poche comme kystique, remplie d'une sanie semi-puriforme, granuleuse. A l'intérieur de l'aorte, on aperçut un petit orifice situé à deux centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes, qui est froncé avec endartérite, et qui communiquait très-facilement avec la tumeur. Il y a donc eu, à une certaine époque, une large communication entre l'aorte et la poche, aujourd'hui modifiée. C'est là un mode de guérison fort intéressant à relever de quelques anévrysmes de l'aorte.

Dans cette séance, M. Hanot a fait voir un *anévrysme du cœur.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Du proto-chlorure de fer, et de l'emploi de ce médicament en thérapeutique.

Depuis quelques années la thérapeutique, est entrée dans une voie nouvelle qui l'élèvera au rang des autres branches mieux développées de la médecine.

« Nous ne pouvons plus nous contenter de savoir qu'un » médicament guérit, nous voulons savoir comment il opère, » car appuyés sur cette notion et sur celle de l'état morbide » nous agissons en connaissance de cause. » (1)

L'auteur dont nous rapportons ici les paroles et qui a étudié un grand nombre de médicaments a contribué par ses travaux à la propagation de la méthode nouvelle qui doit être définitivement adoptée pour les recherches sur les effets physiologiques et thérapeutiques des substances médicamenteuses.

Cette méthode rigoureuse et si féconde en résultats a été suivie scrupuleusement dans l'étude du corps qui doit nous occuper ici, et c'est à elle sans contredit que M. Rabuteau est redevable de la découverte des propriétés toutes spéciales du proto-chlorure de fer, puisqu'elle l'a guidé dans ses expérimentations et l'a conduit à des résultats que la thérapeutique a grandement confirmés. Nous allons présenter au lecteur le résumé de ces travaux qui ont été déjà publiés en partie (2).

Après avoir constaté que le proto-chlorure de fer ne coagulait pas l'albumine, caractère qui le distingue essentiellement du perchlorure, M. Rabuteau a pensé que ce sel ingéré dans les voies digestives devait être absorbé avec la plus grande facilité, et nous verrons que les faits ont démontré la justesse de ses prévisions.

Chez des chiens il a introduit dans l'estomac une solution soit aqueuse soit alcoolique de proto-chlorure de fer à la dose de 20 à 50 centigrammes dans 40 grammes de véhicule. Trois heures après, ces chiens étaient sacrifiés et à ce moment, que les animaux fussent à jeun ou non, on retrouvait à peine des traces de sel ferreux dans l'estomac ou dans les intestins, *il avait été absorbé* presque complètement.

Chez d'autres chiens M. Rabuteau retirait 40 à 50 grammes de sang normal et dosait le fer qu'il contenait à l'aide du procédé Margueritte, procédé d'une sensibilité tellement exquise qu'il permet de reconnaitre $\frac{1}{500000}$ de fer en solution aqueuse. Trois jours après lorsqu'il pensait que cette perte de sang insignifiante du reste avait été réparée, M. Rabuteau faisait prendre à ces animaux une dose de proto-chlorure de fer.

Trois heures après l'estomac et les intestins ne contenaient plus que des traces du sel ferreux administré; le sang au contraire en contenait un excès très-notable sur la quantité trouvée dans la première analyse. Par cette expérience se trouvait démontrée d'une manière rigoureuse combien l'absorption du proto-chlorure de fer était facile et rapide.

M. Rabuteau est allé plus loin : il a fait voir que ce ferrugineux si éminemment absorbable, si méconnu jusqu'alors était le ferrugineux normal et que ce n'était que par sa formation secondaire dans l'estomac, lorsqu'elle était possible, qu'agissaient les autres préparations ferrugineuses souvent si inconstantes.

Il fut un temps où il était admis par un certain nombre de

(1) Rabuteau. — *Éléments de thérapeutique et de pharmacologie.*

(2) *Union médicale*, mars 1872.—*Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences, 1872.*

physiologistes que l'acide normal du suc gastrique était l'acide lactique, mais cette opinion fut rapidement combattue par des physiologistes et des cliniciens du plus grand mérite, citons Longet parmi les premiers, Trousseau parmi les seconds, tout le monde connait le traitement de Trousseau, par l'acide chlorhydrique étendu lorsqu'il ne trouvait pas dans le suc gastrique l'énergie nécessaire à la digestion. Aujourd'hui cette opinion est généralement admise, professée à la Faculté de médecine par son doyen M. Wurtz, par M. Béclard professeur de physiologie et démontrée par des expériences précises qui ont établi que le suc gastrique contient normalement environ 3 millièmes d'acide chlorhydrique, conformément aux opinions de Schmidt. Sans doute dans l'échelle animale la même composition se reproduit car il a été donné à MM. Rabuteau et Papillon pendant leur dernière mission scientifique et dans le cours de leurs travaux dans le laboratoire de M. Coste, établi en Bretagne sur les bords de l'Océan, de constater dans le suc gastrique de divers poissons, entre autres des raies et des squales, la présence incontestable de l'acide chlorhydrique (1) et lorsque pàr hasard on rencontre l'acide lactique dans l'estomac ou dans l'intestin, il ne s'y trouve pas comme un produit de secrétion. mais bien comme le résultat d'altération ou de fermentation des matières amylacées.

Ce point établi, il est évident que le proto-chlorure de fer est le sel dans lequel doivent se transformer en dernière analyse les divers ferrugineux insolubles ou les ferrugineux à acide chimiquement faible, les seuls du reste ou à peu près qu'on puisse employer, et qui deviennent nécessairement infidèles si le suc gastrique n'a plus sa composition normale comme dans certaines dyspepsies chlorotiques. Enfin M. Rabuteau ayant recueilli parfois jusqu'à 1/2 litre de suc gastrique provenant de chiens munis de fistule stomacale, et l'ayant traité par du carbonate de fer récemment précipité, il a pu constater la formation d'un sel ferreux, et c'était du proto-chlorure de fer.

Une fois établi par l'expérimentation que le protochlorure de fer est le ferrugineux prototype dont la formation dans l'estomac est indispensable, et que son absorption est très-rapide, il restait à M. Rabuteau à confirmer cliniquement les résultats chimiques et physiologiques qu'il avait obtenus, mais avant de s'adresser aux malades, il voulut expérimenter sur lui-même et sur des personnes bien portantes.

Le proto-chlorure de fer fut administré en solution dans de l'eau sucrée simple on dans de l'eau sucrée et alcoolisée, soit à jeun, soit au moment du repas : jamais il ne se manifesta de troubles du côté des fonctions digestives, jamais il n'observa de constipation. Ce dernier point est d'une importance majeure, car c'est l'écueil général des préparations ferrugineuses, et sans nul doute, c'est aux raisons énoncées plus haut que le proto-chlorure de fer doit, de ne pas présenter ce grave inconvénient.

Dès lors M. Rabuteau commença ses expériences au lit du malade, et plusieurs services des hôpitaux furent mis à sa disposition par les médecins qui les dirigeaient. A la Charité, dans le service du professeur G. Sée; à la Pitié, dans celui de M. Lancereaux, il put prendre des observations dont plusieurs ont été publiées en 1871.

Peu après, MM. Potain et Laboulbène, Professeurs agrégés à la Faculté et médecins des hôpitaux, expérimentèrent ce médicament à l'hôpital Necker; enfin un grand nombre d'autres médecins des hôpitaux et des praticiens de la ville, MM. Th. Anger et Reliquet entre autres l'ont également expérimenté.

Dans tous les cas il a été constaté que le proto-chlorure de fer était parfaitement toléré, même par des sujets qui n'avaient jamais pu supporter d'autres préparations ferrugineuses et que non-seulement il ne produisait *pas de constipation*, mais que souvent il la faisait disparaitre, non pas en exerçant une action purgative, mais en guérissant l'état pathologique qui l'avait déterminée.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et énergiques : chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'amenorrhée disparut : chez d'autres atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps et d'autant plus grave que les autres ferrugineux n'étaient pas supportés, le proto-chlorure de fer modifia rapidement l'état pathologique et ramena en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, car cette préparation ferrugineuse n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendue assimilable, comme nous l'avons vu précédemment, et son absorption se fait rapidement.

Cette absorption facile et à peu près totale du proto-chlorure de fer, fait que l'on pourrait presque déterminer d'avance et d'une manière pour ainsi dire mathématique le moment de l'amélioration et de la guérison de la maladie, en fondant ses calculs sur la quantité de fer que l'organisme aurait perdu. Supposons par exemple qu'un malade ait perdu le quart de ses globules, c'est-à-dire environ de 55 à 60 centigrammes de fer, car on sait que le sang de l'homme contient environ 2 gr. 267 de ce métal, en administrant chaque jour 10 centigrammes de proto-chlorure de fer et c'est la dose la plus favorable, il faudra en tenant compte de la perte possible environ de 15 à 20 jours de traitement pour que la guérison soit à peu près complète.

Ce résultat acquis par l'expérience est facile à comprendre puisque les globules rouges se régénèrent avec rapidité dans un milieu contenant les matériaux nécessaires à leur composition.

Une difficulté se présentait, c'était le mode d'administration du proto-chlorure de fer, extrêmement déliquescent et altérable à l'air d'un côté, et de l'autre ayant au maximum le goût styptique de sels de fer que tant de personnes ne peuvent supporter.

La grande altérabilité de ce corps ne permettant pas de le conserver pur pendant un long temps, il est tout à fait impossible d'en faire des préparations magistrales sérieuses; on ne peut l'avoir pur et le conserver indéfiniment que par des préparations officinales.

C'est dans ce but que M. Rabuteau a imaginé pour répondre aux besoins de la pratique médicale, de le présenter de deux façons : la première sous forme de dragées qui masquent admirablement le goût du sel de fer et sont faciles à prendre. Chaque dragée contient 0,025 milligrammes de proto-chlorure de fer, et deux, matin et soir, suffisent en général : ce n'est qu'exceptionnellement qu'on est obligé de dépasser cette dose.

Mais certaines personnes ne peuvent arriver à avaler les dragées, il a fallu penser à une préparation agréable et facile à prendre même pour les enfants, c'est ce qu'a fait M. Rabuteau pour la seconde préparation.

Il fait dissoudre le sel ferreux dans un sirop alcoolique et aromatisé, dit élixir, dans de telles proportions qu'une cuillerée d'élixir correspond à une dragée : de cette manière les dragées et l'élixir peuvent satisfaire au goût de tous les malades et permettre au proto-chlorure de fer, d'entrer sans difficulté dans la thérapeutique non-seulement des hôpitaux, mais encore de la ville où le médecin rencontre si souvent des obstacles insurmontables, dans la susceptibilité et la répugnance de ses clients.

M. Rabuteau, guidé par sa méthode a fait connaître bon nombre de médicaments, et depuis l'apparition de son ouvrage un certain nombre d'entre eux ont pris rang dans la thérapeutique; mais pas un d'eux n'a l'importance du sel ferreux dont nous venons de retracer l'histoire, et le plus grand service qu'il ait rendu à l'art de guérir, est incontestablement d'avoir fait connaitre et d'avoir vulgarisé l'emploi du proto-chlorure de fer.

V. Erection incomplète du pénis, par varices de la veine dorsale, guérie par une injection de chloral, Par M. F. Parona.

(*Giornale italiano delle malattie Veneree e delle malattie della pelle.* — avril 1873.)

Le sujet de cette intéressante observation est nn jeune homme de 30 ans. Livré à la masturbation, quoique modérément, jusqu'à 18 ans, il lui fut impossible de mettre son pénis en érection, la première fois qu'il essaya le coït. Après cet échec, il renonça aux femmes, et continua à se satisfaire lui-

(1) *Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences*, 14 juillet 1872, *comptes-rendus de la société de Biologie*, 12 juillet 1873.

même. Trois ans après, à l'occasion d'une orgie, il tenta encore, et malgré l'insuffisance de l'érection il put copuler ; mais il contracta une blennorrhagie qui dura 4 ou 5 mois. Le médecin qui fut consulté, attribua cet état à une lésion nerveuse, et malgré les moyens employés, la maladie continua.

Ce fut alors que M. Parona vit le malade. L'érection était incomplète, par défaut de turgescence du gland, et la veine dorsale était variqueuse. Il y pratiqua une injection de chloral.— 2 jours après l'érection devint complète, et même très-douloureuse; ce qui motiva l'emploi du bromure de potassium à l'intérieur. Une semaine après le malade put reprendre ses occupations.

Comme le gland était insensible, l'auteur insiste sur le rapport qui existe entre la sensibilité du gland et le phénomène de l'érection qui est expliqué tout au long dans la physiologie de Liégeois.

Quant à l'usage du chloral, il avait déjà été employé par Porta, dans le traitement des varices des jambes. M. Parona a eu non-seulement le mérite d'en trouver l'indication dans ce cas insolite, mais surtout d'arriver à un diagnostic, dont la difficulté a été rendue évidente par les erreurs qui avaient été commises. G. M.

PHARMACOLOGIE

Du phosphate de chaux. Modes d'administration — Indications thérapeutiques.

Le phosphate de chaux n'a été employé pendant longtemps qu'à titre d'absorbant. — Les inductions théoriques, parfaitement justifiées d'ailleurs, qui ressortaient des belles expériences de Chossat, l'avaient fait placer il est vrai au premier rang parmi les agents reconstituants de l'économie, mais les essais tentés dans ce sens n'ayant donné que de très-faibles résultats, il était rapidement tombé dans l'oubli.

Depuis cinq ou dix ans cependant, les expériences ont recommencé sur une large échelle, et aujourd'hui le phosphate de chaux tend à se généraliser à l'égal du fer et du quinquina, qu'il dépasse certainement d'ailleurs, par son efficacité et la multiplicité de ses indications.

A quoi peuvent tenir ces divers mouvements de l'opinion médicale? Peu de médecins sont au courant de la question dont on ne trouve nulle trace dans les livres classiques, aussi nous a-t-il paru intéressant d'en dire quelques mots.

On donnait autrefois le phosphate de chaux sous la forme de poudre d'os ou de corne de cerf calcinée. Or, comme il était alors parfaitement insoluble et par conséquent inabsorbé, on ne pouvait guère lui reconnaître d'autre action qu'une action locale. Pour qu'il produisit un effet quelconque sur l'organisme, il fallait le faire absorber, et pour cela le rendre soluble. Or, on n'y est parvenu en partie que dans la dernière période dont nous venons de parler. Ce n'est donc qu'à dater de ce moment qu'on a pu se rendre compte de ses propriétés thérapeutiques et que l'expérimentation a pu recommencer avec fruit.

On a essayé d'abord le *phosphate gélatineux* puis le *lacto-phosphate de chaux*, le *phosphate acide*, le *phosphate extrait de la substance corticale du blé*, et enfin le *chlorhydro-phosphate de chaux*. Un mot sur ces divers préparations.

Le *phosphate gélatineux*, est presque aussi insoluble que la corne de cerf; il suffit donc de le mentionner.

Il en est de même du *phosphate de chaux du blé*, malgré la prétention des auteurs de cette préparation qui nous paraissent méconnaître complétement les conditions de solubilisation du phosphate de chaux. Quelle que soit son origine, en effet, il ne porte point en lui de soi-disant ferment capable de le dissoudre. Ce n'est que dans l'estomac, et au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique qu'une très-faible partie peut se dissoudre.

Le *lacto-phosphate de chaux* peut être administré à un certain dégré de la solubilisation, mais on commet une grave erreur, lorsqu'on croit, comme beaucoup de médecins, donner un phosphate soluble en se servant du lacto-phosphate de chaux que l'on trouve dans le commerce à l'état sec. Ce dernier, simple mélange d'acide lactique et de phosphate de chaux, n'est pas plus soluble que le phosphate ordinaire des pharmacies. Ce n'est qu'à l'état d'hydratation, que le phosphate de chaux peut se dissoudre en partie au contact de l'acide lactique.

Cette préparation d'ailleurs, quoique permettant d'obtenir des résultats thérapeutiques incontestables, ne réalise nullement le procédé employé par l'organisme pour opérer la dissolution du phosphate de chaux des aliments. De plus, l'acide lactique n'ayant qu'un pouvoir dissolvant relativement faible, il en faudrait une grande quantité pour obtenir un produit concentré et qui serait alors très-acide.

Le *phosphate acide de chaux*. — C'est le seul phosphate de chaux qui soit naturellement soluble. Mais comme il ne renferme qu'un équivalent de chaux au lieu de trois, l'organisme dans lequel il n'existe que du phosphate tribasique, serait obligé, pour produire ce dernier, de se livrer à une opération chimique fort douteuse. De plus, l'extrême acidité de ce phosphate ne permettrait pas d'en administrer une quantité bien considérable sous un faible volume, et il pourrait y avoir de graves inconvénients à se servir de fortes doses, en raison de l'excès d'acide phosphorique. C'est donc une mauvaise préparation, et on doit la rejeter absolument, malgré la facilité de son exécution dans toutes les pharmacies.

Nous en disons autant, pour les mêmes motifs, du lacto-phosphate de chaux préparé avec le phosphate acide et le lactate de soude, d'après la formule de M. Ch. Ménière d'Angers (Répertoire de pharmacie, 23 janvier 1873.) M. Ménière, trouvant avec raison que le lacto-phosphate de chaux du commerce est insoluble, propose de mélanger 1 gramme de lactate de soude et 4 grammes de phosphate acide de chaux dissous dans un peu d'eau distillée avec 395 grammes de sirop. Mais que vient faire alors le lactate de soude? Il est parfaitement inutile. M. Ménière n'a pas compris pourquoi on avait fait intervenir l'acide lactique dans ces préparations.

Et puis, n'est-ce point une dérision, que pour absorber 2 grammes de phosphate de chaux, dose minimum pour une journée, il faille avaler 200 grammes de sirop! C'est toujours cette même difficulté que nous avons signalée à propos du lacto-phosphate et du phosphate acide; on ne peut obtenir de préparation suffisamment concentrée, et l'analyse des produits qui sont dans le commerce le démontre péremptoirement.

Le *chlorhydro-phosphate de chaux* est le dernier venu, et le seul qui nous paraît réaliser d'une façon complète les diverses conditions que nous devons éxiger pour la bonne administration d'un médicament. C'est tout d'abord la préparation la plus rationnelle, la seule physiologique, puisqu'à l'état naturel le phosphate de chaux ne se dissout qu'à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. C'est celle qui, sous un même volume contient le plus de médicament, l'acide chlorhydrique ayant sur le phosphate de chaux un pouvoir dissolvant considérable.

Seulement, qu'on ne croie pas arriver à ce résultat en prenant simplement du phosphate de chaux ordinaire et en ajoutant suffisante quantité d'eau et d'acide chlorhydrique. Il ne s'en dissoudrait qu'une minime quantité, même en mettant beaucoup d'acide. Le seul moyen d'obtenir une dissolution complète tout en employant très-peu d'acide, c'est d'agir sur du phosphate de chaux tribasique à l'état naissant et à l'abri du contact de l'air. C'est donc, et à ce point de vue, il faut le regretter, un médicament qu'on ne peut préparer dans les pharmacies sur ordonnance magistrale et d'une façon extemporanée. Mais cet inconvénient, partagé d'ailleurs par les autres préparations, est suffisamment compensé par les avantages que nous venons d'énumérer, par le peu d'acidité qu'elle présente, et enfin par cette qualité que seule elle possède, de joindre à l'effet reconstituant du phosphate de chaux l'effet eupeptique de l'acide chlorhydrique éminemment favorable à la digestion et à l'assimilation.

Il nous resterait à étudier les diverses indications thérapeutiques du phosphate de chaux, mais ce sujet devant nous entraîner trop loin, nous nous contentons aujourd'hui de les indiquer, nous réservant plus tard d'entrer dans de plus longs développements.

Le phosphate de chaux (mettons le chlorhydro-phosphate de chaux, puisque c'est la seule préparation que l'on doive

employer), relève tout d'abord l'appétit, point fort important dans les maladies chroniques.

Il facilite la digestion et l'assimilation mieux que tout autre médicament, et agit par là merveilleusement dans les dyspepsies, surtout celles qui proviennent d'une altération des glandes à pepsine, dans l'assimilation insuffisante, les anémies et les cachexies quelle qu'en soit l'origine.

Dans la chlorose et dans le nervosisme, le fer et les toniques habituels sont si fréquemment insuffisants, le chlorhydro-phosphate de chaux en favorisant d'une façon toute spéciale la nutrition du tissu nerveux, s'attaque efficacement à la cause la plus puissante d'entretien de ces maladies.

Dans la scrofule, le rachitisme, les maladies des os, les fractures, il agit comme reconstituant général et comme modification spécial, comme l'ont démontré Mouriès, le professeur Piorry, le docteur Blache, etc.

Dans la phthisie où nos ressources thérapeutiques sont si bornées, c'est incontestablement le médicament qui au point de vue général a le plus de valeur. — Par son action sur la nutrition et l'assimilation, en relevant l'appétit et les forces, il met le malade dans les conditions les plus favorables à la lutte qu'il doit soutenir. — Et de plus, c'est le seul médicament qui puisse favoriser sérieusement la transformation crétacée des tubercules. — De nombreuses expériences qui se poursuivent dans ce sens ont déjà donné d'excellents résultats, et si tous les médecins voulaient s'en occuper, peut-être obtiendrions-nous des succès qu'on ose à peine entrevoir aujourd'hui. — N'oublions pas en effet que la phthisie est inconnue chez les chiens, et que rien ne peut expliquer cette immunité, si ce n'est la grande quantité de phosphate de chaux qu'ils absorbent habituellement et qu'ils sont beaucoup plus aptes que nous à digérer.

Solution de chloral dans le traitement des ulcères invétérés.

Le docteur Francisco a employé avec succès la solution suivante dans le traitement de 69 cas d'ulcères invétérés :

Hydrate de chloral....................	5 grammes.
Eau distillée..........................	20 —

Parmi ces observations, MM. Beaumetz et Hirne, auxquels nous empruntons cette formule, disent qu'il y en avait 5 concernant des ulcères phagédéniques.

MÉLANGES

Bougie de cire blanche retirée de la vessie d'une femme.

Le 23 juin dernier une femme nommée V. Julie se présenta à la consultation de M. Frémy, se plaignant de violentes douleurs de ventre. Admise dans la salle elle fut examinée par l'interne du service qui ayant pratiqué le toucher vaginal, remarqua que le canal de l'urèthre anormalement dilaté permettait facilement l'introduction du doigt dans la vessie où l'on sentait un corps dur volumineux qui évidemment était la cause des douleurs ressenties par la malade. Celle-ci raconta qu'urinant difficilement elle s'était introduit dans l'urèthre une bougie de cire blanche qu'elle avait laissé choir par mégarde dans sa vessie. — On la fit alors passer dans le service de M. le Dr Cusco qui dut procéder à l'extraction de ce corps étranger si bizarrement placé. Après plusieurs tentatives facilitées par la largeur du canal qui admettait sans difficultés le doigt et de longues pinces, le chirurgien saisit la bougie par la mèche, parvint à l'engager dans l'urèthre dans le sens de la longueur, et à extraire ce singulier corps étranger, dont l'extrémité arrondie avec soin au moyen d'un instrument tranchant, s'était incrustée légèrement de sels calcaires pendant un séjour de cinq semaines dans la vessie de la malade. Celle-ci sortait de l'hôpital quelques jours après parfaitement guérie et n'ayant donné de son accident d'autres explications qu'une difficulté d'uriner bien invraisemblable en présence d'un urèthre aussi complaisant. Cette femme est âgée de 52 ans.

Quelques semaines auparavant M. le professeur Richet avait dû pratiquer l'uréthrotomie externe sur un homme, qui s'était introduit dans l'urèthre une épingle à cheveux par la portion coudée, sans doute aussi pour un cathétérisme mal compris. D.

Corps étranger de l'œsophage. (*Expulsion spontanée.*)

Dans la séance du 11 mai, le docteur Baraffio communique à la Société médicale de Florence un cas de corps étranger des voies digestives, que nous nous bornons à résumer. — Il s'agit d'un soldat aliéné qui avala une cuiller de grandeur ordinaire. Le médecin appelé n'en put constater la présence dans aucune région accessible à la main. Quelque temps après survint une forte dyspnée, en même temps qu'une tuméfaction se formait au-dessus du sternum. Ceci fut suivi d'un peu de calme, et grâce à un violent vomissement la cuiller fut expulsée.

Voici l'interprétation que l'auteur de la communication donne à ce fait :

La cuiller parcourut lentement l'œsophage en produisant la dyspnée par compression des bronches, et de là, en arrivant au cardia provoqua les mouvements réflexes du vomissement. Par conséquent, le corps étranger n'arriva pas à l'estomac.

Anthropophagie pathologique.

A l'hôpital de Jermo (Etats du Pape) se trouve enfermé un épileptique de 42 ans qui après avoir éprouvé de véritables attaques de fureur, a été pris d'un désir violent de manger de la chair humaine. Un jour il arracha avec ses dents toute la joue à un enfant.

Echappé de l'hôpital, il s'en alla chez lui. Là il trouva une jeune enfant de 2 ans qui dormait; immédiatement il s'élance sur elle et lui mange les fesses, la poitrine et les cuisses; la malheureuse mourut deux jours après. Le redoutable épileptique surpris par sa femme, s'en alla et gagna la campagne. Rentré chez lui il s'élance sur sa femme, celle-ci lui résiste avec énergie, mais le mari s'empara d'un enfant de 5 ans que sa mère portait sur ses bras. Un violent combat s'engagea alors et l'enfant fut sauvé. Le malheureux père de famille fut saisi, attaché et conduit en prison, d'où il fut transporté à l'hôpital.

Chronique des hôpitaux

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur Gosselin, clinique les mardis, jeudis, samedis. — Salle des femmes : 6, ulcération crouteuse à la face antérieure de la lèvre supérieure droite; noyau labial probablement gommeux à gauche, aphonie; — 12, Bubon suppuré et syphilis constitutionnelle; début de psoïte à droite avec douleur dans le genou; — 13, grosse hernie sus-ombilicale ou de la ligne blanche, irréductible pour la portion épiploïque, réductible pour la portion intestinale. Inflammation; — 10, ankylose angulaire presque complète du genou droit, consécutive à une arthrite blennorrhagique; — Kyste multiple de l'ovaire ponctionné quinze fois depuis cinq ans; tumeur pelvienne concomittante probablement kystique. — Salle des hommes : — 2, tarsalgie au 3e et peut-être même au 4e degré; — 19, Anévrysme poplité droit, spontané et indolore; un peu d'œdème; — 40, fracture du premier métatarsien — nécrose probablement syphilitique d'un cartilage costal gauche et du sternum.

Service de M. Bernutz. — Examen au spéculum pour les malades de la salle et du dehors le samedi. — Salle St-Ferdinand : 13, homme de 33 ans alcoolique; diagnostic à faire. (Delirium tremens, méningite, typhoïde)?

Hôpital Lariboisière. Service de M. Woilez. — Salle Landry. Hommes: Nos 4, 5 et 15, pleurésie; — no 11. Contagion pulmonaire idiopathique; — no 17, Maladie de Bright. — Salle Ste-Mathilde (Femmes): No 2. Congestion pulmonaire idiopathique; — no 13. Apoplexie pulmonaire; — affection cardiaque; — no 18. Rougeole boutonneuse; — no 19. Pleurésie à gauche; — no 25. Corps fibreux de l'utérus; — accidents de péritonite.

Service de M. Tillaux. Opérations tous les mercredis. — Examen des malades par les élèves. — Salle St-Louis: No 19. Hématocèle de la tunique vaginale; — no 23. hygroma suppuré des bourses prérotulienne et prétibiale; — no 31. Tumeur de la région parotidienne à gauche — avec hypéresthésie-paralysie faciale — troubles trophiques de ce coté de la face. Salle St-Augustin : No 7. Brûlure de la jambe par l'acide sulfurique. Salle Ste-Jeanne : No 16. Nécrose syphilitique du frontal, élimination d'une très-grande portion de cet os.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Th. Anger. 21, Périostite phlegmoneuse du maxillaire inférieur; 31, mal de Pott sons-occipital; 36, gangrène trophique par lésion du sciatique; 48, perforation syphilitique de la voute palatine; 11, abcès ossifluent du sternum; 17, 18, division congénitale de la voute palatine et de la luette; opération, guérison; 29, gommes du pharynx.

Service de M. Moutard-Martin. Hommes : 8, cancer du foie; 15, méningite aiguë. — Femmes : 4. hématocèle; 7, phlegmatia alba dolens.

Service de M. Fernet. Hommes : 8, cirrhose; 10, kyste hydatique du foie. — Femmes : 9, sclérose des cordons antéro-lateraux; 12, pelvi-péritonite.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Labbé. Salle des femmes : 3, Fibrome de la paroi abdominale; 7, polype-utérin; 13, allongement hypertrophique du col utérin; 21, corps fibreux de l'utérus. — Salle des hommes : 7, kyste synovial du creux poplité; 9, osteo-périostite chronique du tibia gauche et de l'humérus droit; 44, polype naso-pharyngien.

Service de M. Marrotte. — Salle des femmes : 11, érythème noueux ; 20, goître exophtalmique ; 22, hématocèle retro uterine. — Salle des hommes : 1, insuffisance aortique ; 3, gastrite alcoolique avec accès de gastralgie ; 33, pleuro-pneumonie.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. Marc Sée. Salle Napoléon (garçons) : nº 1, plaie du genou, rupture du tendon rotulien, épanchement articulaire ; — nº 3, fracture spontanée du péroné à la suite de périostite ; — nº 6, fracture de cuisse ; — nº 12, fracture de l'épitrochlée ; — nº 20, périostite phlegmoneuse du tibia droit ; nº 37, coxalgie droite ; — 39, hydarthrose double.

Salle Sainte-Eugénie (filles) : nº 1, mal de Pott ; abcès par congestion ; — nº 4, plaie de l'extrémité inférieure du bras, fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, saillie des fragments osseux à travers la plaie ; — résection ; appareil platré ; — nº 6, plaie articulaire du coude, section de l'olécrâne ; — nº 5, Ozène, division de la voûte palatine ; résection temporaire du nez et raclage de la muqueuse.

Service de M. Barthez. — Salle Sainte-Mathilde (filles) : nº 2, scarlatine ; — nº 6, pleurésie avec expectoration albumineuse ; 11 et 17, rougeole ; — 21, stomatite ulcéro-membraneuse ; — 26, chorée ; — 28, angine scrofuleuse.

Salle Saint-Benjamin (garçons) : 7 et 18, scarlatine ; — 11, rougeole ; diphthérite ; — 19, rougeole ; — 21, Ictère ; — 24, chorée ; — 26, phlegmon péri-vésical ; — 30, albuminurie.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Hardy. Salle Saint-Jean : 37. chancre de la commissure labiale ; Roséole ; 43, psoriasis diffusa : 25, induration de la verge consécutive à un chaucre ; roséole ; ulcération de la langue ; 26, acné pustuleuse d'origine alcoolique ; 39, urticaire précédé de symptômes gastro-intestinaux ; 64, syphilide squammeuse circinée.

Service de M. Vidal. Salle Saint-Thomas : 8, syphilide ulcéreuse ; 10, syphilide papulo-squammeuse ; 14, lupus vorax. — Salle Saint-Louis ; 32, épithélioma de la région temporale ; 23, gomme scrofuleuse ; 27, psoriasis plantaire ; 28, syphilide acnéique.

Service de M. Cruveilhier. — Salle Sainte-Marthe : 8, tumeur ganglionnaire du cou ; 19, mal de Pott cervical.

Service de M. Péan. — Salle St-Augustin : 64, orchite blennorrhagique ; 61 (bis), mal plantaire perforant ; 59 (bis), rhumatisme blennorrhagique du poignet gauche ; 55, cancroïde ulcéré de la joue ; 51, tubercule des testicules ; 24, mal de Pott cervical ; abcès multiples. — Tous les cours de l'hôpital Saint-Louis sont terminés.

Hôpital Cochin. — Service de M. Desprès. — Salle Cochin : 7, tumeur du grand pectoral, sarcôme prohable ; — 10, Adénie ; 11, Rétinite sympathique ; 24, abcès du grand trochanter ; — 26, amputation de cuisse, hémorrhagies consécutives, en voie de guérison. — Salle St Jacques : 18, abcès profond de la région fessière. — Baraque 25, plaie pénétrante, emphyseme circonscrit.

Maternité de l'hôpital Cochin. — M. Polaillon. Visite tous les matins à neuf heures. — Examen des femmes en couches par les élèves.

NOUVELLES

Choléra. — Voicil es renseignements que nous avons pu recueillir sur la marche du choléra :

Allemagne. — Du 19 au 27 juin, 29 cas de choléra ont été signalés dans le cercle de Bromberg ; 17 de ces cas ont eu une issue mortelle. Dans le cercle de Breslau et dans celui d'Ohlau, plusieurs cas se sont produits du 20 au 25 juin. Dans le royaume de Saxe, il y a eu sept cas du 16 au 22 juin ; sur ces 7 cas, 2 décès. — A *Dresde* même, il y aurait eu 4 cas depuis le 9 juillet. — D'après d'autres renseignements, ce serait le district de Ratisbonne qui aurait fourni, jusqu'ici, le plus grand nombre de cas.

Italie. — Le choléra existe non-seulement dans la province de Trévise, mais encore à *Venise*, à Mesola et dans les provincee de Frioul et de Verone. Jusqu'à présent, il n'y a eu heureusement qu'un nombre peu considérable de cas.

Autriche. — D'après les journaux de Vienne, il y aurait eu dans cette ville, 66 cas de choléra du 4 au 9 juillet.

Prix pour 1874. — *Prix de l'Académie.* — L'Académie pose la question suivante : « Faire l'histoire de la résection des os dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires). » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — La question suivante est de nouveau mise an concours : « de l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. » Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Bernard de Civrieux. — Question « des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours où la convalescence des maladies aiguës. » *Prix Capuron.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale. Il sera de la valeur de 3,000 fr. — *Prix Barbier.* — Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr. — *Prix Godard.* — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1,000 fr. — *Prix Amussat.* — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui ont réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Ourches. — Extrait du testament : « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession, une somme de 25,000 fr. destinée dans les conditions ci-après énoncées. à la fondation de deux prix savoir : 1º Un prix de 20,000 fr. pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction. 2º Un prix de 5,000 fr. pour la découverte d'un moyen de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme, ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix n'aurait pu être décerné. »

Nominations. — M. le Dr L. Masbrenier, ancien interne des asiles d'aliénés de Ville-Evrard et de Ste-Anne, vient d'être nommé médecin inspecteur du service des aliénés dans le département de Seine-et-Marne.

Vacances médicales. — A céder une clientèle de médecin à Mormant (Seine-et-Marne), station de chemin de fer à quelques lieues de Paris. S'adresser pour les renseignements à M. Thévenet. pharmacien à Paris, avenue de Clichy, 96.

Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian. — Le numéro de juillet, accompagné de 8 planches renferme les articles suivants : Etudes physiologiques de l'absorption des sels d'argent, par le professeur Charles Rouget ; — Nouvelles recherches snr le protoxyde d'azote, par MM. Jolyet et Blanche ; — Nouvelles expériences relatives aux fonctions gustatives du nerf lingual (faites dans le laboratoire de physiologie de l'Académie de Genève, par le Dr J. L. Prévost, (suite et fin) ; — Note sur quelques expériences relatives à l'action de la quiniue sur les vibrioniens et sur les mouvements amiboïdes, par M. Bochefontaine ; — Contributions à l anatomie pathologique de la dyssenterie chronique par M. Kelsch ; — Pierre de l'utérus recueillie par Amussat en 1829 : examen histologique établissant qu'elle est constituée par un liomyome calcifié, par le docteur Albert Hénocque ; — Observation pour servir à l'histoire des tubercules de la moelle épinière, par Georges Hayem ; — Contribution à l'étnde des hématomes du placenta, par le Dr F. Jacquet [illegible] chez G. Masson [illegible] place de l'École de médecine.

Allemagne. — La quarante-sixième réunion annuelle des naturalistes et des médecins allemands aura lieu cette année à Wiesbaden, du 18 au 24 septemhre.

Femmes médecins. — La *Gazette de Strasbourg* annonce que les dames et demoiselles russes, auxquelles un récent ukase de l'Empereur de Russie a interdit de suivre à Zurich les cours publics de médecine, ont sollicité de l'Université de Strasbourg, l'autorisation de suivre lesdits cours. La faculté de médecine leur a répondu par un refus.

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à l'hospice de la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. 1er fascicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière.* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante, anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In 8° de 64 p. avec 15 fig. 2 fr.

NICATI (W). La paralysie du nerf sympathique cervical. In-8 de 86 pages, avec tracés thermométriques. 2 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 7 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 26 JUILLET 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES . . . . 200 fr — . . . . 100 — — . . . . 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES.— **M. RANVIER.**

Du système lymphatique.

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Les vaisseaux lymphatiques (1).

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit plus haut sur les trous et les stomates du mésentère de la grenouille, et sur la facilité avec laquelle les globules peuvent passer du mésentère dans le péritoine en soulevant ces sortes de puits mobiles qui constituent les stomates, on n'aura pas de peine à trouver dans ce que nous venons de décrire une disposition correspondante, et on verra dans l'ensemble de ces deux dispositions, des raisons de supposer que le cours de la lymphe se fait à partir des vaisseaux par les stomates dans la cavité péritonéale, d'où il revient dans les sacs lymphatiques et par les ouvertures dont nous venons de faire l'histoire. Schweigger-Seidel et Dogiel qui ont les premiers décrit ces orifices (1867) avouent très-nettement qu'ils n'ont pas pu se rendre compte du rapport des deux épithéliums l'un avec l'autre.

Un second fait tout aussi net, pour le rapport des cavités séreuses avec les vaisseaux lymphatiques, est la manière dont ces derniers se comportent dans le centre phrénique. Nous avons examiné ce tissu avec une attention particulière lors de l'étude que nous avons faite du tissu conjonctif; nous n'avons donc pas besoin de revenir ici sur tous les détails; il nous suffira, pour la compréhension de ce qui suit, de rappeler que le centre phrénique est composé de petits tendons rayonnés, unis entre eux par du tissu cellulaire lâche, et recouvert sur ses deux faces par un épithélium. Nous avons vu précédemment que l'épithélium du côté péritonéal présente des orifices au niveau des fentes qui se trouvent entre les tendons; nous avons vu aussi que ces orifices sont bordés de petites cellules rondes tout à fait analogues aux cellules lymphatiques.

Si l'on prend le centre phrénique d'un lapin et qu'après l'avoir lavé, on le plonge dans une solution de nitrate d'argent à 1/500 pendant une heure, et qu'on le laisse ensuite dans de l'eau distillée pendant 15 à 20 heures, l'épithélium est devenu très-peu adhérent, et il suffit alors d'agiter la membrane dans l'eau et de la brosser avec un pinceau à poils très-doux pour en détacher complètement le revêtement endothélial. La clef de de cette préparation est la macération prolongée dans l'eau, qui favorise la dissolution des substances qui relient l'épithelium à la membrane. En examinant ensuite cette membrane, on voit, au niveau des fentes qui se trouvent entre les tendons et qui comme nous l'avons décrit plus haut, sont traversées par de fines travées de tissu conjonctif entrecroisé, de distance en distance, des puits lymphatiques bordés par une ou deux rangés de petites cellules rondes et en abaissant peu à peu l'objectif, on reconnaît que ces rangées de cellules descendent plus ou moins obliquement dans l'intérieur de la membrane, et se continuent avec les fentes que l'on voit recouvertes d'un endothélium lymphatique. La surface des petits tendons qui se trouvent entre les fentes et celles des travées qui les parcourent est, dans ces préparations, recouverte par des figures étoilées plus ou moins irrégulières, ménagées en blanc sur un fond brun. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

En faisant une préparation analogue du centre phrénique pour examiner la face pleurale, c'est-à-dire, en laissant la membrane une heure et demie à deux heures dans la solution d'argent au 1/500 où on l'agite de temps en temps (non par une baguette de fer, ce qui produirait des dépôts d'argent, mais avec une allumette ou un bâton de verre) et en faisant ensuite macérer pendant 24 heures au moins dans l'eau distillée, on arrive en l'agitant à enlever complétement l'endothélium de cette face. Si l'on examine alors cette préparation avec un grossissement de 50 diamètres on y voit se détacher sur un fond brun des arborisations claires, des dernières ramifications desquelles partent des bandes claires à peu près parrèlles entre elles; ces arborisations correspondent aux vaisseaux lymphatiques ; en effet en les observant avec un grossissement de 250 diamètres, on voit s'y dessiner l'épithélium veineux, caractéristique de ces vaisseaux. Quant aux bandes claires qui possèdent comme les vaisseaux un revêtement endothélial caractéristique, il est facile de s'assurer qu'elles sont placées entre des tendons filiformes, analogues par leur structure à ceux que l'on trouve dans la queue des rats, et qui, à l'œil nu, forment les fibres du centre phrénique.

Ces bandes parallèles ou bien se continuent avec les lymphatiques, ou bien forment des ilots séparés; ceux-ci sont néanmoins en communication avec les vaisseaux lym-

(1) Voir les nos 3 et 5 du *Progrès Médical.*

phatiques; ils communiquent avec les lacunes situées sur un plan plus profond.

En combinant ces deux observations, faites l'une sur la face péritonéale, l'autre sur la face pleurale du centre phrénique dépourvues toutes deux de leur épithélium, on en arrive à conclure que les puits lymphatiques sont l'origine péritonéale des voies lymphatiques du diaphragme; les fentes radiés de la face inférieure communiquent par les lymphatiques obliques (qui se dessinent sur la face supérieure comme des ilots) avec les fentes parallèles de la face supérieure, et c'est ainsi que prennent naissance les réseaux lymphatiques de la face pleurale. Ajoutons, pour être complet, que sur cette face, les espaces qui se trouvent entre les lymphatiques présentent aussi des figures étoilées apparaissant en clair sur fond brun. Il sera question plus loin de ces figures et de leur interprétation.

Les faits que nous venons d'indiquer ont été étudiés d'abord par Recklinghausen qui a le premier appliqué le nitrate d'argent à l'étude des lymphatiques. Cet observateur croyait que les lymphatiques seuls avaient un endothélium qui s'imprégnait par l'argent. Ce n'est que plus tard que Hallier, Auerbach, Eberth, Aeby, ont démontré que les capillaires sanguins possèdent un épithélium analogue que l'on peut manifester par le même procédé. — Néanmoins les observations de Recklinghausen en ce qui concerne le centre phrénique se rapportaient bien réellement aux vaisseaux lymphatiques, car aujourd'hui, il est possible, au moins pour le centre phrénique du lapin, de reconnaître les lymphatiques à leur endothélium, bien différent de celui des artérioles, des veinules et des capillaires. La forme générale du réseau lymphatique présente aussi des caractères tout à fait spéciaux.

Ce sont surtout les faits que Recklinghausen avait observés à l'aide de l'imprégnation d'argent sur le centre phrénique du lapin qui l'ont conduit à sa théorie sur l'origine des voies lymphatiques. Nous avons dit tout à l'heure, qu'entre les lymphatiques ménagés par l'argent, la surface de la membrane colorée en brun présente des figures étoilées réservées en clair. Lorsque l'imprégnation a été un peu forte ces cellules sont étoilées et comme munies de cornes ou de prolongements courts qui tantôt se perdent dans le fond brun, tantôt se continuent avec les prolongements d'une cellule voisine. Nous avons vu à propos du tissu conjonctif que l'on trouve des figures analogues et même plus complètes sur les tendons de la queue de petits mammifères (souris, rats) et l'on peut en produire même sur le tissu conjonctif lâche. Il suffit pour cela d'y faire un pli et l'on incise une portion avec des ciseaux et de l'étendre sur une lame de verre, de manière à en avoir un fragment en forme de membrane. En l'imprégnant à l'argent, on a aussi des figures étoilées. Or, Recklinghausen admit que toutes les figures ainsi limitées par l'argent étaient des espaces creux; les prolongements de ces figures étoilées étaient pour lui des canaux et les figures étoilées elles-mêmes des canaux élargis; c'était là, d'après lui, l'origine des vaisseaux lymphatiques; il est vrai qu'il n'avait jamais réussi à les injecter en injectant les lymphatiques, mais il n'en est pas moins resté convaincu que c'est là leur véritable origine. Ce qui nuit d'abord à la clarté de cette démonstration, c'est l'irrégularité des figures; l'argent qui produit des dessins si nets pour les vaisseaux lymphatiques, ne donne pour cet objet que des résultats médiocres.

Schweigger-Seidel attaqua la théorie de Recklinghausen et soutint que les cellules étoilées qui se trouvent sur la face pleurale du diaphragme sont tout simplement des cellules endothéliales. Pour le prouver, il prit une portion de la membrane imprégnée à l'argent, et l'appliqua par sa face pleurale sur une lame de verre. Quand la membrane fut à demi desséchée, il l'enleva avec précaution. Les cellules restèrent adhérentes à la lame de verre, et il obtint une préparation dans laquelle on voyait des cellules de forme irrégulière, les unes claires, les autres foncées avec un centre clair, il en conclut que ces cellules n'appartenaient pas au stroma de la membrane ni au réseau lymphatique mais étaient des cellules endothéliales imprégnées plus ou moins profondément. Schweigger-Seidel ne s'est pas trompé dans les faits qu'il a observés, mais l'interprétation qu'il a donnée pour les figures observées par Recklinghausen n'est pas exacte; les figures existent dans la membrane même et sont indépendantes de l'endothélium; en effet en suivant la méthode indiquée plus haut, la macération dans l'eau distillée d'un centre phrénique imprégné d'abord par l'argent, il est facile de se débarrasser de toutes les cellules endothéliales, et de trouver le réseau lymphatique que nous avons décrit, et les figures claires qui ne correspondent pas, comme Recklinghausen le disait à des canaux, mais à des cellules de tissu conjonctif plates, à bords irréguliers ou sinueux, qui recouvrent des lames du tissu conjonctif ou des faisceaux tendineux. Rien n'est plus irrégulier, du reste, que la forme des ces cellules telles quelles se présentent alors à l'observateur, parce qu'elles peuvent être observées de face, de profil ou de trois quarts, et parce que leur forme est très variable.

Quelquefois, elles se touchent ou se correspondent par des bords rectilignes, si l'on en juge par le simple trait noir de dépôt d'argent qui les sépare. Chacune de ces figures présente à son centre un noyau lorsqu'on emploie la coloration au carmin et l'acide oxalique. Cette observation suffirait à elle seule pour renverser la conception des canaux du suc, si l'ensemble des faits que nous avons exposés jusqu'ici ne venait concourir au même but. Les réseaux lymphatiques ne nous présentent donc pas d'autre terminaison dans le centre phrénique que les fentes qui se trouvent entre les faisceaux tendineux et après ces fentes, les puits qui les font communiquer avec la cavité péritonéale.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon. — Auscultation (1).

Leçons recueillies par P. BUDIN.

PNEUMONIE AIGUE LOBAIRE

Messieurs,

Nous n'avons pas réussi, jusqu'à présent, à reproduire sur le poumon du cadavre le bruit de souffle pneumonique par des injections solidifiantes du poumon, parce que la matière injectée pénètre toujours dans les bronches de la partie qui se remplit de suif; nous n'avons, par conséquent, pas pu étudier expérimentalement ce phénomène de renforcement du râle crépitant.

Le souffle de la pneumonie peut n'être qu'un retentissement du bruit qui se passe dans des bronches très-éloignées de la surface du poumon. C'est ce qui arrive lorsque tout un lobe ou la plus grande partie des deux lobes se trouve hépatisée, car en pareil cas, les alvéoles de la partie hépatisée ne se dilatant plus et ne faisant aucun tirage d'air, ce fluide ne circule pas dans les bronches de la portion malade, mais seulement dans quelques rameaux éloignés et dans la grosse bronche.

Si les bronches de tout ou de la plus grande partie d'un poumon étaient oblitérées ou inactives, on pourrait même n'entendre ni souffle ni respiration dans la partie malade. C'est ce qui arrive parfois dans la pneumonie caséeuse, mais cela ne s'observe pas dans la pneumonie aiguë franche, bien qu'à la rigueur on puisse en concevoir la possibilité, parce que tout un poumon n'est pas pris en même temps dans la pneumonie aiguë. Un lobe, par exemple, redevient perméable à l'air lorsqu'une autre partie du poumon est envahie par l'hépatisation. Chez les malades qui respirent très-difficilement, le souffle peut ne s'entendre que dans les grandes inspirations consécutives à la toux.

(1) Voir les nos 1, 4 et 6 du *Progrès médical*.

A propos du souffle pneumonique, je vous signalerai aussi, messieurs, un fait qui peut faire croire à une pneumonie double tandis que la maladie n'existe que d'un seul côté, c'est la possibilité du retentissement d'un bruit de souffle d'un côté à l'autre, Le poumon droit par exemple, étant hépatisé et le siége d'un souffle tubaire entendu en arrière au niveau de la racine du poumon, ce bruit pourra se transmettre à la faveur de la colonne vertébrale au côté gauche dans une région très-rapprochée de la colonne vertébrale. La propagation du souffle d'un côté à l'autre ne se fait pas en avant, parce que les conditions de ce retentissement font défaut.

Après le souffle bronchique, lorsque ce dernier a seul occupé la scène, réapparaissent de nouveau les râles crépitants qu'on appelle râles crépitants de retour. Ils ont d'abord le caractère et le timbre éclatants du râle mêlé au souffle, mais bientôt ils deviennent plus humides et moins éclatants. Non-seulement on les entend par bouffées dans l'inspiration, mais encore on les perçoit, quoique beaucoup moins nombreux à l'expiration Leur ensemble est constitué par des râles divers: les uns sont secs et fins comme les râles crépitants du début, d'autres paraissent plus gros et plus humides, ce sont de véritables râles muqueux. Ce sont des râles crépitants dus à des restes d'hépatisation et d'induration en contact avec des alvéoles redevenus perméables et se passant dans l'inspiration, ou bien ce sont des râles bronchiques.

Parfois cependant, on n'observe pas du râle crépitant humide et gros, mais bien du râle crépitant extrêmement sec et fin, semblable à la crépitation vésiculaire observée chez le cadavre et produit seulement dans l'inspiration. On l'entend encore vers le 10e, le 15e et même le 30e jour après le début. Ce fait qu'on peut rencontrer chez les vieillards et dans certains cas où la pneumonie devient caséeuse, indique simplement la persistance d'un ou de plusieurs petits noyaux d'induration.

Par ce qui précède, messieurs, vous avez vu que le râle crépitant était loin d'être toujours identique à lui-même dans la pneumonie, qu'il était différent au début, pendant l'hépatisation avec souffle, et pendant la période de décours de la maladie.

Ce râle est aussi modifié par l'âge des sujets. Les vieillards, en effet, chez qui les alvéoles pulmonaires sont toujours plus volumineux que chez l'adulte et si souvent emphysémateux, présentent des râles crépitants généralement un peu plus gros que ceux des adultes. Lorsque la pneumonie vient chez un sujet emphysémateux, l'hépatisation d'une partie du poumon se joint à l'emphysème de ce qui reste perméable à l'air pour rendre encore plus difficile la respiration. Il en résulte que les sujets respirant très-mal, l'air n'arrive pas toujours dans les alvéoles emphysémateuses qui entourent le noyau induré, et on n'observe pas le râle crépitant, ou bien on ne l'entend que dans les efforts de toux.

Chez les enfants, où les vésicules sont plus petites que chez l'adulte, le râle crépitant paraîtrait, d'après Barth et Roger, d'une finesse extrême. M. Sée a observé des cas où le bruit de souffle existait dès le début de la pneumonie chez les enfants, et c'est là un fait assez important pour que nous cherchions à l'expliquer. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs fois des poumons d'enfant nouveau-nés atteints d'une hépatisation et d'une pneumonie catarrhale ayant envahi tout un poumon ou même les deux poumons, de telle sorte qu'il était impossible qu'on y entendît rien au moins pendant les dernières heures de la vie. Mais pour que le souffle soit produit il faut que l'un des poumons au moins soit perméable, et si l'on n'entend pas de râle crépitant, il faut que la pneumonie ait atteint très-rapidement le degré de l'hépatisation dans un poumon dont tous les points auscultables soient imperméables à l'air. Il est probable qu'il se fait alors en même temps qu'un exsudat pneumonique, un affaissement des alvéoles, une atelectasie assez étendue et accompagnée de congestion qui empêchent les alvéoles voisins de l'hépatisation, d'être dilatés par l'air. Telle est du moins l'hypothèse que nous proposons pour expliquer de pareils cas.

Tels sont, messieurs, les principaux faits d'auscultation de la pneumonie que nous voulions comparer à l'anatomie pathologique de cette maladie pour en donner l'explication la plus plausible. Nous avons laissé de côté, comme vous le voyez et à dessein, bon nombre des symptômes même d'auscultation, par exemple l'auscultation de la voix, parce qu'ils sont bien présentés dans les livres classiques que vous possédez et parce que nous n'apportons rien de nouveau à leur compréhension. (*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE

Influence de l'aspiration thoracique et des mouvements respiratoires sur la circulation (1)

Par **ROSAPELLY.**

§ 3. L'aspiration thoracique ne s'exerce pas exclusivement pendant l'inspiration.

Si l'idée fondamentale du mémoire de Barry se trouve justifiée, il n'en est pas de même de la seconde conclusion qu'il a ainsi formulée : « L'aspiration des fluides mis en communication avec la cavité thoracique n'a jamais lieu que pendant l'expansion des parois du thorax ; c'est-à-dire pendant l'inspiration. »

Si nous nous reportons à ses expériences, nous voyons que cette conclusion est contraire à un certain nombre de faits observés par Barry lui-même qui n'a tenu compte ici que des résultats obtenus sur les veines. Ainsi, dans toute une série d'expériences entreprises à Alfort sur le péricarde du cheval, le liquide montait constamment dans le tube, mais bien plus fortement dans les instants de la dilatation des poumons. Une fois même, il a constaté l'entrée du liquide après la mort de l'animal. Ces faits ne peuvent pas se concilier avec l'interruption de l'aspiration thoracique pendant l'expiration. Barry qui ne les avait observés qu'après la publication de son mémoire les a simplement mentionnés dans un appendice sans rechercher leur explication et sans modifier sa conclusion, de sorte que celle-ci est encore acceptée dans presque tous les traités de physiologie.

Pour nous, ces faits ne peuvent s'expliquer que par la continuité de l'aspiration thoracique ; mais il nous est facile de comprendre l'erreur d'interprétation commise par Barry en nous rappelant l'hypothèse même qui lui avait fait entreprendre ses expériences : « Il est, disait Barry, une loi constante d'hydraulique; c'est que tout liquide en contact avec l'atmosphère et en communication avec une cavité qui se dilate est nécessairement attiré vers elle, c'est-à-dire contraint d'y pénétrer par la pression atmosphérique. Il devenait en conséquence probable que le sang était attiré dans les veines caves thoraciques pendant l'inspiration. »

Avec un tel point de départ, les résultats obtenus sur le péricarde devenaient inexplicables et étaient tellement inattendus qu'un certain nombre de faits analogues ont dû échapper à l'attention de Barry. Il semble, en effet, que ce soient les professeurs d'Alfort qui n'avaient pas la même idée préconçue qui les lui aient fait remarquer ; car dans des expériences précédentes, faites dans les mêmes conditions, il ne la signale pas.

§ 4. Zone d'action de l'aspiration thoracique. Rigidité des gaînes vasculaires.

Barry pensait que l'effet de l'aspiration thoracique s'étendait jusqu'aux ramifications les plus éloignées du système veineux. Bérard montra que si Barry eut adapté son appareil à une veine éloignée du cœur, dans la continuité d'un membre, par exemple, l'action aspirante ne se fût pas transmise jusqu'au liquide ; la pression atmosphérique s'y fût opposée en aplatissant la veine dans la partie intermédiaire au tube et à l'oreillette. L'expérience eût manqué aussi dans le cas où le

(1) Voir le n° 2 du *Progrès médical.*

tuyau destiné à laisser passer le liquide dans l'oreillette eût été susceptible de se laisser affaisser par la pression de l'air.

Une condition est donc indispensable pour que l'aspiration thoracique puisse s'exercer, c'est que les veines soient maintenues béantes pendant son action. Or, c'est une propriété des canaux veineux de se laisser aplatir lorsque la pression intérieure cesse de dilater leurs parois ; mais cette propriété n'est pas générale ; depuis longtemps on connaissait déjà la rigidité des sinus de la dure-mère et des parois des veines sus-hépatiques, Bérard démontra qu'une disposition analogue existait dans la plupart des veines voisines de la poitrine, et que cette disposition était liée au phénomène de l'aspiration thoracique.

Les deux veines sous-clavières, dit Bérard, la jonction de ces veines aux jugulaires, n'offrent pas les caractères qu'on a assignés aux vaisseaux veineux ; elles ne deviennent flasques et plissées qu'autant qu'on les a séparés des lames fibreuses auxquelles elles adhèrent. Les lames aponévrotiques du cou, remplissent à l'égard de plusieurs des veines de cette région une fonction qui n'avait point été soupçonnée, celle de les maintenir dans un certain degré de tension, de dilatation.

D'autre part, la veine-cave inférieure, dans son trajet à travers le diaphragme, est entourée d'une toile fibreuse qui l'attache au pourtour de l'ouverture aponévrotique qui lui donne passage. C'est immédiatement au dessous du diaphragme que cette veine reçoit les plus gros troncs des veines sus-hépatiques dont les parois sont adhérentes au tissu du foie en sorte que ces veines restent béantes lorsqu'on les a divisées.

Telle est la particularité anatomique, ajoute Bérard, que je me proposais de faire connaître ; elle ne peut manquer d'exercer quelque influence sur le cours du sang veineux, de se rattacher à quelque phénomène de mécanique animale.

La lecture du mémoire de Barry ne laisse aucun doute à Bérard sur la part que prennent les mouvements du thorax à l'abord du sang veineux dans l'oreillette droite et les veines caves, et il fait remarquer que c'est justement près du lieu où s'opère le vide que les vaisseaux reçoivent le moyen de résister à la pression atmosphérique. De plus, au moment où le vide se fait avec le plus d'énergie, c'est-à-dire pendant l'inspiration, les vaisseaux du cou acquièrent un surcroît de résistance ; car les aponévroses qui entourent ces vaisseaux constituent par les adhérences qu'elles affectent avec les os de la région une sorte d'appareil cloisonné qui se trouve tendu davantage dans le mouvement que la poitrine exécute pendant l'inspiration.

Bérard fait donc mieux que d'établir les limites dans lesquelles peut s'exercer directement l'appel du sang veineux ; il précise et confirme le rôle de l'aspiration thoracique par le rapprochement de cette disposition spéciale des vaisseaux voisins de la poitrine ; disposition qu'il a si bien décrite et dont il a su faire une si ingénieuse application.

§ 5. L'aspiration thoracique réside dans la dilatation du médiastin.

Barry en recherchant la cause de l'aspiration thoracique l'avait attribuée à la dilatation qui s'opère à chaque inspiration dans la capacité du médiastin. Voici comment il explique cette dilatation : Pendant la période inspiratoire le diamètre vertical du médiastin se trouve agrandi par l'abaissement du diaphragme et il en est de même de son diamètre antéro-postérieur en raison de la projection du sternum en avant ; quant au diamètre transversal, le poumon, en se dilatant, aurait pu le diminuer en comprimant chacune des lames du médiastin et compenser ainsi l'agrandissement dû à l'augmentation des deux autres diamètres ; mais cela n'a pas lieu pour la raison suivante : au moment de l'inspiration, les deux lames du médiastin se trouvent tirées, d'une part, par l'abaissement du diaphragme, d'autre part par l'écartement du sternum de sorte qu'elles se trouvent assez fortement tendues pour résister à la compression exercée sur elles par les poumons.

L'agrandissement des deux diamètres vertical et antéro-postérieur s'exécute bien par le mécanisme invoqué par Barry ; mais il s'est trompé en pensant que la dilatation des poumons pendant l'inspiration pouvait aplatir le médiastin suivant son diamètre transverse ; les poumons, loin de comprimer les lames du médiastin, les entraînent au contraire en sens inverse l'une de l'autre et agissent dans le sens de l'agrandissement du médiastin ; c'est ce que Bérard chercha à démontrer en se fondant sur une des propriétés du tissu du poumon, l'élasticité pulmonaire. *(A suivre.)*

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL ROTHSCHILD. — Service de M. J. WORMS.

Brûlure du bras droit, ouverture de l'articulation du coude, Infection purulente, guérison.

(Observation recueillie par M. HIRTZMANN, interne du service).

Bl... Jules, âgé de 18 ans, bijoutier est entré à l'hôpital le 8 avril 1872. — Ce jeune homme, résolu à s'asphyxier, s'enferma dans sa chambre et se coucha à côté d'un réchaud de charbon allumé. Au bout de quelque temps il fut pris de mouvements convulsifs ; en se débattant, il renversa le réchaud et se brûla gravement. On arriva sur les entrefaites et aussitôt qu'il fut revenu à lui on l'amena à l'hôpital.

Le malade est grand, fort, robuste, quoiqu'il ait mené depuis quelque temps une vie de débauche. Il a déjà eu un chancre induré, il y a un an, et pour lequel il a suivi un traitement mercuriel pendant 3 mois ; pour le présent, il a une blennorrhagie à la période de déclin.

Comme antécédent héréditaire, rien du côté du père ou de la mère, mais il a un frère aliéné, et une sœur un peu « fantasque. »

Il présente : 1° à la partie antéro-inférieure de la cuisse droite, à 5 centimètres au dessus de la rotule, une brûlure au 2e degré, circulaire, de 5 centimètres de largeur n'intéressant que les téguments.

2° Au bras droit et en arrière se trouve la lésion principale ; c'est une vaste brûlure, profonde, s'étendant depuis l'apophyse olécrânienne en bas, jusqu'au tiers supérieur du bras La largeur est de 7 à 8 centimètres du côté de la main on note une insensibilité absolue du petit doigt et de la partie externe de l'annulaire, avec conservation partielle des mouvements. Etat général satisfaisant ; rien de particulier.

On applique immédiatement un *pansement ouaté* sur les 2 plaies (pansement par occlusion).

Dans les onze premiers jours pendant lesquels le pansement fut maintenu en place, il ne se produisit aucun phénomène remarquable ; à peine un peu de fièvre le 3e jour, laquelle disparut bientôt. L'appétit est bien conservé. Trait. : ext. de quinquina, 4 gr. — bagnols, 250 ; — vin, etc., et une portion.

Le 11e jour le pansement est renouvelé. — L'eschare du bras n'est pas encore éliminée, mais des bourgeons charnus de bel aspect existent sur toute la périphérie. La quantité de pus formé a été très-faible, et arrive à peine à percer le pansement. — Même état de la jambe droite.

Le pansement est réappliqué dans les mêmes conditions, mais au bout de 3 jours, il offre une odeur caractéristique des plus intenses que l'on peut à peine réprimer au moyen d'imbibitions, deux fois renouvelée par jour d'acide phénique étendu ; de plus le malade un peu indocile, désireux de voir sa blessure, se plaint non-seulement de l'odeur, mais encore de quelques douleurs dans le bras, et surtout dans le petit doigt.

Le 8e jour (19e de la maladie), le pansement est enlevé simultanément sur les plaies.

A la cuisse on trouve une large eschare noirâtre près de s'éliminer et entourée d'un cercle de bourgeons charnus d'un rouge vif. (Inutile de dire que le malade, malgré le bon état général, a gardé constamment le lit).

Au bras l'eschare est éliminée dans le 1/3 supérieur, en bas l'eschare est large, épaisse, bien limitée néanmoins par les bourgeons de bon aspect, et on y reconnaît aisément les fibres

du tendon du triceps qui doit être complètement détruit; rien du côté de la main. A partir de ce jour, on fait un pansement journalier.

Le 13e jour l'eschare est presqu'entièrement éliminée. le tendon du triceps est coupé au ras du sommet de l'olecrane, et on constate que tout le fond de la plaie est couvert de bourgeons charnus qui commencent à la combler, mais à la partie inférieure on distingue nettement l'extrémité inférieure de l'humérus, la cupule du radius et le crochet olécranien qui sont complétement denudés, sauf à la partie interne sur une étendue de 1/2 cent environ, où se trouve logé le nerf cubital que l'on voit aussi. Le bras est dans la demi-flexion et en pronation.

L'état général se maintenant dans de bonnes conditions, on continue à faire le pansement simple à plat.

Pendant plus de 3 semaines, les bourgeons charnus avanceut peu à peu et comblent la plaie. Mais le malade maigrit considérablement, l'appétit diminue, et le soir on constate un peu de fièvre. — Rien aux sommets cependant.

En présence de ces mauvaises conditions, M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital, d'accord avec M. Worms, considérant le peu de chance que présente le malade: 1° de résister aux suites d'une si longue maladie et d une suppuration abondante, 2° de conserver un membre sain dont il puisse plus tard se servir avec avantage, craignant en outre l'apparition de l'infection purulente par une plaie articulaire ainsi exposée à l'air, les fistules consécutives etc., se décide à recourir à l'amputation du bras, qui est résolue pour le lendemain soir.

Mais le jour même vers 5 heures du soir, le malade est pris d'un frisson violent qui dure environ deux heures. P. — 140 — 160 — Tp — 39,5. — Etat général très-grave. — Le sulfate de quinine est administré à 1 gramme d'emblée. En présence de ces symptômes d'infection purulente on renonce à l'opération.

Le lendemain nouveau frisson d'une demi-heure, et à la même heure, il ne reparait plus les jours suivants: on continue le sulfate de quinine pendant 8 jours. — La plaie continue à bourgeonner. — L'état général semble se relever mais faiblement — l'appétit est presque nul; maigreur considérable.

Tr. — Une portion. œufs, poulet. V. quinquina. Bagnols 450 grammes.

20 *Mai* — Au bout de 8 jours le sulfate de quinine est supprimé; le surlendemain sans qu'aucun phénomène général, frisson etc., ait apparu, on constate que dans une nuit, les deux plaies se sont couvertes d'une fausse membrane jaunâtre, très-tenace, d'un milimètre d'épaisseur. Elle s'enlève par lambeaux linéaires assez éteudus; la plaie est un peu blafarde — Tr. — cautérisation rigoureuse au nitrate d'argent — application de compresses imbibées de perchlorure de fer. Le 2e jour la plaie est encore pâle, saignante, avec quelques fausses membranes disséminées — même traitement ainsi qu'à la jambe.

5 *juin.* — Au bout de 4 jours de ce traitement les plaies avaient repris leur aspect antérieur quand un nouveau frisson d'une demi-heure, assez violent, apparut. L'état général se maintient cependant assez bien. — On rend de nouveau 1 gr., de sulfate de quinine pendant 8 jours consécutifs.

A partir de ce moment les plaies n'ont cessé de bourgeonner vigoureusement, et à la cuisse la cicatrisation était complète le 15e jour.

Au bras même rapidité, les os disparaissent bientôt sous les bourgeons, et chose remarquable à noter, sans qu'aucune élimination osseuse ou cartilagineuse ait pu être constatée, le malade reprend de la vigueur et de l'embonpoint, il se lève; l'appétit est complètement revenu.

La cicatrisation est terminée au bout de 20 jours; dès ce moment, on fait exercer au bras quelques manœuvres de flexion et d'extension; peu à peu on parvient à lui faire exécuter des mouvements assez étendus pour que le malade puisse se servir de son bras pour manger; les mouvements de pronation et de supination sont presque nuls; l'avant-bras est un peu amaigri ainsi que la main; les mouvements des doigts sont conservés; la sensibilité est toujours très-obtuse dans le petit doigt et la partie externe de l'annulaire. En présence de cette sorte d'atrophie, on applique l'électricité dynamique (appareil de Moriu) pendant quelques jours. au bout desquels le malade demande à sortir le 8 septembre (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le choléra.

Les renseignements qui nous parviennent de différents côtés, et que l'on trouvera plus loin, indiquent qu'il n'y a plus aucun doute à avoir sur la réalité de l'apparition du choléra en Allemagne, en Autriche et en Italie. Jusqu'à ce jour l'épidémie ne paraît avoir qu'une intensité modérée; c'est là, dans ces circonstances malheureuses, une condition qu'il importe de savoir utiliser, car elle donne le temps aux administrateurs chargés de la salubrité générale et en particulier de celle des grandes villes, de prendre toutes les précautions nécessaires pour laisser le moins de prise possible à l'épidémie. Or, comme il suffirait de quelques modifications atmosphériques pour que le choléra prît tout d'un coup une grande extension, il est nécessaire que les médecins signalent au public les précautions qu'il convient de prendre: il est nécessaire aussi que les personnes chargées de veiller à la salubrité publique redoublent d'activité. Parmi les mesures rendues indispensables par la constitution médicale régnante, nous nous permettons de citer la multiplication des bains gratuits dans les hôpitaux, l'arrosage plus régulier et plus fréquent des rues, la désinfection des urinoirs publics. des bouches d'égouts, désinfection plus négligée cette année que les années précédentes, etc. Déjà, les Anglais, plus prévoyants que nous, s'occupent avec ardeur de toutes les mesures préventives.

SOCIÉTES SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

M. LIOUVILLE demande à rectifier quelques mots du procès-verbal. Il n'a pas dit, à propos des communications de M. Ollivier et de M. Barety que le *premier* M. Brown-Séquard avait démontré la relation qui existe entre les ecchymoses, les congestions, les œdèmes périphériques ou parenchymenteux et les hémorrhagies cérébrales: il ne saurait résoudre cette question de priorité. Ce qu'il a dit, c'est que M. Brown-Séquard avait exposé des faits nombreux devant la société, qu'il avait insisté depuis longtemps sur ce point qui depuis lors, et grâce à de nouvelles et fréquentes communications, paraissait être de connaissance vulgaire.

M. CHARCOT. Je désirerais aussi ajouter quelques mots. M. Schiff avait noté des ecchymoses sous-cutanées chez les animaux sur lesquels il avait pratiqué des lésions encéphaliques, mais je crois être le premier qui les ait signalées chez l'homme: cet ordre de faits m'appartient en propre. J'ai trouvé ces ecchymoses sur la plèvre, l'endocarde, la muqueuse de l'estomac. M. Brown Séquard n'a publié ses faits que postérieurement, Pour ma part j'ai parlé de ces altérations soit dans mon cours à l'Ecole Pratique, soit dans mes leçons à la Salpêtrière; j'en ai présenté des cas à la Société et mes élèves les ont remarqués dans les autopsies faites sous ma direction. Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que les lésions qui nous occupent se rencontrent non-seulement dans les cas d hémorragies cérébrales, mais encore dans les ramollissements.

(1) Dans le courant du *mois de décembre*, j'ai revu ce malade; l'amélioration s'est continué; les mouvements prennent chaque jour plus d'ampleur; le bras est presque revenu à son état normal; l'atrophie a disparu; on peut donc considérer la guérison comme complète.

M. Ollivier. Certes, je n'ai pas été le dernier à rendre justice à M. Charcot. Je sais bien et j'ai dit qu'il avait appelé l'attention sur ces ecchymoses, et que les faits cités par Cruveilhier et Bennett étaient sans importance, car ces auteurs n'avaient pas signalé la relation de cause à effet, je l'ai dit; mais si j'ai cru devoir faire ma précédente communication, c'est qu'on n'avait pas encore montré de véritables hémorragies pulmonaires, une apoplexie dans le sens classique du mot. M. Liouville en avait bien cité un cas, mais je ne crois pas qu'il ait fait ressortir la liaison qui rattache l'altération pulmonaire à l'altération cérébrale, et dans la thèse de M. Duguet je n'en trouve pas trace. Ma première observation a été recueillie, il y a 6 ans et depuis j'en ai trouvé deux semblables. Il est donc bien entendu que je n'ai voulu insister que sur l'effet toujours croisé et sur la forme de l'épanchement sanguin. Aux faits connus et si nettement élucidés par M. Charcot j'ai voulu ajouter, comme contribution, des cas bien observés d'apoplexie pulmonaire classique.

Enfin, pour ce qui a rapport aux œdèmes, je ne sais pas, si on a jamais signalé d'œdème aussi rapide et aussi considérable que celui que j'ai cité : il s'agissait d'une femme dont l'anasarque survint 24 heures après l'hémorrhagie cérébrale. Le membre avait plus que doublé de volume. C'est là, ce me semble, un exemple remarquable d'œdème aigu et rapide, qui méritait d'être mentionné.

M. Charcot. La discussion se précise maintenant; je reconnais avec M. Ollivier que je n'avais pas cité de cas d'apoplexie pulmonaire. C'est un fait intéressant et qu'il était bon de recueillir. Il me paraît établi, pour résumer ce qui précède, que M. Schiff avait le premier signalé les altérations qui nous occupent, chez l'animal; que le premier j'ai démontré leur existence chez l'homme et que, depuis, M. Brown-Séquard a publié des expériences nombreuses sur la question. J'ajouterai que M. Vulpian en a vu de nombreux cas à la Salpétrière et nous avions déjà à cette époque essayé d'en expliquer le mécanisme par l'action des vaso-moteurs. Et ce que je viens de dire des ecchymoses, je pourrais le répéter pour les œdèmes sur lesquels aussi nous avions appelé l'attention.

M. Vulpian. Je ne puis que confirmer les faits avancés par M. Charcot. Depuis qu'il nous avait montré les altérations consécutives aux hémorrhagies et aux ramollissements cérébraux, j'en avais observé de nombreux cas à la Salpétrière. Et je pourrais citer bon nombre d'observations d'hémorrhagies et d'œdèmes. Quant à la question du mécanisme, elle est bien loin d'être vidée, et je me demande si au lieu d'invoquer des troubles vaso moteurs, il ne faudrait pas croire plutôt à des obstructions vasculaires, à un arrêt de la circulation, cause des stases, des hypérémies, des congestions et des œdèmes.

M. Ollivier présente les pièces d'un malade âgé de 80 ans. Il était atteint de ramollissement cérébral. L'autopsie démontrait l'altération totale de l'hémisphère droit; le gauche était légèrement atteint. Les artères étaient athéromateuses. Le poumon gauche et le rein gauche, situés par conséquent du côté opposé à la lésion ent était, gonflés, hypérémiés et à la pression on en fesait sortir de la sérosité et du sang en abondance. Le poumon droit et le rein droit avaient leur consistance et leur coloration normale.

M. Vulpian demande qu'on sépare nettement les faits de congestion pulmonaire, des faits où l'on trouve une apoplexie. Il faut créer deux catégories distinctes. L'apoplexie pulmonaire est très-fréquente chez le vieillard. Et il faudra que cette lésion coexiste dans de nombreuses autopsies avec une hémorrhagie cérébrale pour que l'on ne puisse croire à une simple coïncidance.

M. Ollivier. A mon observation j'ajouterai que j'ai tenu compte de l'opinion de M. Vulpian sur la cause possible de ces hémorrhagies parenchymateuses. J'ai cherché les oblitérations vasculaires, mais je ne les ai point trouvées.

M. Liouville présente un cas de tubercules des méninges spinales. Il n'existait pas de granulations dans le cerveau, et les granulations paraissent avoir débuté par la face externe des méninges avant de gagner l'interne. Le sujet était atteint de mal de Pott et l'éruption interne semble de date plus récente que les lésions de la face externe. Il se serait passé quelque chose d'analogue à ce qu'on observe sur la plèvre au niveau d'un tubercule pulmonaire.

M. Hayem appuyé en cela par M. Cornil et par M. Magnan croit qu'il n'existe pas de relation entre la plus ou moins grande confluence des granulations miliaires et les accidents méningitiques. Il a vu un cas de méningite tuberculeuse de l'encéphale. L'inflammation s'était propagée dans les enveloppes rachidiennes et cependant l'examen le plus attentif ne permettait pas de constater la présence de la moindre granulation. M. Hayem ajoute que ses recherches lui paraissent démontrer qu'il existe deux variétés du mal de Pott. L'une due au tubercule, l'autre scrofuleuse. Il se fait dans les articulations vertébrales des altérations qui sont en tous points semblables à celles de la tumeur blanche. Cette dernière forme est plus lente, moins grave que la forme tuberculeuse.

M. Hayem a étudié la moëlle de lapins sur lesquels on avait arraché les nerfs sciatiques, depuis deux mois. L'expérience fut faite sur deux lapins. Sur l'un le nerf fut arraché à droite et sur l'autre à gauche. Il a trouvé, dans les deux cas, une asymétrie très-appréciable. Le côté correspondant à l'arrachement était atrophié dans ses parties blanches et grises. La corne postérieure surtout était atrophiée et cela dans toute l'étendue de l'arrachement. Les cellules des cornes antérieures étaient aussi altérées. Il semblerait qu'il existe une relation entre les filets des racines postérieures qui pénètrent dans la substance grise et les altérations des cellules qui siégent dans les cornes antérieures.

M. Joffroy a étudié, sur des chiens, les altérations déjà décrites dans les cylindres axes des moelles atteintes de myélite traumatique. Les observations ont porté sur trois moëlles. Il a pu très-nettement retrouver le gonflement des cylindres Ce gonflement n'existe qu'en un certain point; il est suivi de resserrements, ce qui donne au cylindraxe un aspect moniliforme. Cette altération ne se retrouve pas dans toute l'épaisseur du nerf, mais d'espace en espace et par groupes plus ou moins considérables.

Dans ces recherches j'ai pu constater la présence des cellules-araignées signalées par Deiters à l'état normal. M. Charcot les avait trouvées en grand nombre autour d'une lésion syphilitique de la moelle. Je les ai rencontrées dans les myélites expérimentales.

M. Charcot. Il est important de connaître ces cellules-araignées, car on tend à leur faire jouer un grand rôle dans la constitution de la névroglie. La névroglie serait constituée par des filaments intriqués, feutrés, qui ne seraient autres que les prolongements de ces cellules araignées. De même la sclérose des cordons postérieurs serait due à une augmentation en nombre de ces filaments entrecroisés dont le point de départ est une cellule de Deiters.

P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance supplémentaire du 17 juillet. — Présidence de M. Depaul.

M. Poggiale, après la lecture du procès-verbal, monte à la tribune pour terminer son discours. Il s'étonne que les médecins qui veulent se débarrasser de l'Intendance, veuillent à leur tour mettre les pharmaciens au-dessous d'eux. On abaisserait ainsi le personnel pharmaceutique qui est nécessaire et rend de grands services. L'orateur montre un certain nombre d'ordonnances, qui auraient amené la mort des malades, si elles avaient été exécutées telles que les médecins les avaient prescrites. Les médecins ne sont pas administrateurs, du reste ils n'ont pas besoin d'exercer l'administration pour être maîtres dans leur salle. Pourquoi les deux services, médecine et pharmacie, ne deviendraient-ils pas autonomes séparément comme ils le sont aujourd'hui sous la direction de l'intendance?

M. Boudet vient à son tour soutenir les pharmaciens ; ils font des études longues et pénibles, ils sont instruits et laborieux, en les subordonnant aux médecins; non-seulement on les abaissera, mais on pourra rendre leur recrutement très-difficile.

M. Fauvel, demande à faire des observations sur le rapport.

M. Broca, veut répondre aux orateurs précédents, quoiqu'ils ne se soient guère occupés du rapport. On lui reproche surtout de vouloir introduire en France l'organisation médicale militaire de la Prusse, mais il y a longtemps que d'autres pays, l'Angleterre, l'Autriche et l'Italie, l'ont adoptée. La Commission n'a point voulu abaisser les pharmaciens qui gardent leurs grades et leurs prérogatives, mais assurer le bien du service en établissant l'autonomie du corps de santé.

M. Larrey rappelle en quelques mots combien le service médical en campagne a toujours été paralysé par l'Intendance même bien intentionnée. Il croit l'Académie suffisamment éclairée et demande la clôture de la discussion, qui mise aux voix est rejetée par 13 voix contre 12.

Séance du 22 juillet. — Présidence de M. Depaul.

M. le Secrétaire annuel lit le procès-verbal de la dernière séance.

M. Fauvel fait une réclamation : il est porté comme devant prendre la parole après M. Legouest, or il croit que c'est à lui qu'appartient la priorité. Dans tous les cas il veut faire quelques observations au rapport à cause de cela il lui semble qu'il doit parler avant M. Legouest, qui est membre de la Commission. L'Académie consultée décide par 25 voix contre 18, que les orateurs parleront d'après leur ordre d'inscription.

M. le secrétaire perpétuel dépouille la correspondance. L'Académie a reçu le règlement du service de santé militaire de plusieurs pays. En Suisse la pharmacie est subordonnée à la médecine. M. Léon Lefort a écrit aux chefs des services de santé militaire de plusieurs pays notamment d'Autriche, de Russie et de Suisse; les réponses qu'il en a reçues seront déposées au Secrétariat à la disposition des membres de l'Académie.

M. Legouest lit un excellent discours qui nous a paru résumer et juger la question. Il laisse de côté les récriminations parfois un peu vives des pharmaciens, à qui tous les grades seront conservés à l'exception de celui de pharmacien inspecteur général.

Le parallélisme entre les médecins et les pharmaciens existe depuis longtemps, mais bien souvent depuis 1810, il a été question de subordonner la pharmacie à la médecine. N'en est-il pas un peu ainsi dans la pratique civile? L'orateur est le premier à reconnaître les mérites des pharmaciens militaires, il se plait surtout à rendre hommage aux grands services rendus par M. Poggiale, aussi les médecins ne cherchent pas à s'élever en se subordonnant les pharmaciens, ils cherchent consciencieusement le bien. On a dit que le personnel pharmaceutique se recrutait difficilement? Il n'en est rien, les jeunes gens préféreront toujours les avantages que leur fait la pharmacie militaire, à l'ordre de choses qui dans la pharmacie civile les met à peine au-dessus des garçons de laboratoire.

On a reproché aux médecins de n'être pas administrateurs, pourquoi? Il y aura du reste dans les hôpitaux un Conseil d'administration dont feront partie, les médecins, les pharmaciens et les officiers comptables. La pharmacie fait cause commune avec l'Intendance. On sait cependant combien le système actuel est préjudiciable aux malades, on l'a vu en Crimée, en Italie, et récemment encore.

En Crimée les Anglais, dont les médecins étaient indépendants, firent des pertes dans la proportion de 13 1/2 pour 100 ; les Français perdirent 22 pour 100.

On a demandé l'autonomie des deux branches des corps de santé, le bien du service exige que la pharmacie soit subordonnée à la médecine, il en est ainsi dans tous les pays ; en France même, il en est ainsi dans la marine nationale, pourquoi faire une différence dans l'armée de terre ?

M. Fauvel ne voulait pas prendre la parole, mais il trouve que le rapport n'a pas été discuté. Les fonctions qu'il a remplies longtemps le mettent à même de bien juger la question, et il approuve l'autonomie du corps de santé. Toutefois il aurait voulu que le rapport prît un moyen terme et n'abaissât pas ainsi qu'il le fait les pharmaciens.

M. Béhier, trouve mal fondées les plaintes et les récriminations des pharmaciens, et demande qu'on vote immédiatement les conclusions du rapport.

M. le Président fait observer qu'il y a encore neuf orateurs inscrits.

M. Larrey pense que les orateurs futurs n'apporteront pas d'arguments nouveaux et qu'après le discours de M. Legouest ils feraient bien ou de se borner à dire quelques mots ou même de renoncer à la parole. La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine. G. d B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Hémorrhagie de la Protubérance, Par Debove.

M. Debove présente un bel exemple d'hémorrhagie de la protubérance. Il s'agit d'une femme tombée subitement, dans une des cours de la Salpêtrière et qui est morte une heure 1/2 après l'attaque apoplectique. La rapidité avec laquelle la mort est survenue, n'a pas permis de savoir si l'urine renfermait du sucre ou de l'albumine. A l'autopsie on a trouvé dans la protubérance un foyer hémorrhagique, ayant le volume d'une noix. Il y avait une rupture du quatrième ventricule. Il existait, en outre, un ancien foyer hémorrhagique dans l'insula de Reil et des anévrysmes miliaires.

M. Charcot. Les hémorrhagies de la protubérance ne sont pas rares ; mais, il n'en est pas de même des hémorrhagies à forme bulbaire. Dans le cas de M. Debove, une perforation a permis au sang de pénétrer dans le quatrième ventricule : de là une action secondaire sur le bulbe, ces sortes d'hémorrhagies sont peu communes ; quant aux hémorrhagies même du bulbe, elles sont exceptionnelles. Il est à regretter que les circonstances n'aient pas permis de prendre la température.

M. Liouville, dans un cas d'hémorrhagie de la protubérance qui, touchant le plancher du quatrième ventricule, avait amené de la polyurie, de la glycosurie et de l'albumimurie, chez un homme de 59 ans (cas rapporté avec détails à la Société de Biologie), a noté une température de 40°,4, vers la 4e et 5e heure après le début de l'attaque apoplectique. Le malade fut enlevé en 8 ou 9 heures.

Lésions tuberculeuses des jointures des poumons ; métrite caséeuse, par M. Debove.

M. Debove rapporte ensuite l'histoire d'une femme, âgée de 65 ans, qu'il a observée dans le service de M. Charcot. Cette femme avait aux poignets deux tumeurs fluctuantes, ayant la forme d'un bissac. Elle était, de plus, atteinte de phthisie pulmonaire. Une ponction pratiquée dans les tumeurs donna issue à du pus caséeux. La malade est morte hier 22 mai.

Autopsie. Les *poumons* étaient parsemés de masses caséeuses et offraient de petites cavernes. Il y avait des collections purulentes, sous le ligament annulaire du carpe, des deux côtés. Des orifices établissaient une communication avec les os qui étaient dénudés. L'articulation était envahie par de nombreuses fongosités. En résumé, on avait affaire à une tumeur blanche parvenue à une période avancée.

Les *os* présentaient tous les caractères de l'infiltration caséeuse. La *colonne vertébrale* était prise elle-même et ces lésions avaient été le point de départ de collections purulentes, siégeant dans le psoas.

L'*utérus* avait le volume du poing, ses parois étaient amincies. Sa cavité contenait une grande quantité de pus caséeux. — Il y avait de petit corps fibreux.

Les *trompes* étaient très-dilatées. Le pavillon était transformé en une véritable poche, pleine d'une matière analogue à du mastic. Les lésions de l'utérus sont celles de la métrite caséeuse, affection qui est assez rare.

M. Parrot a trouvé, il y a 5 ans, des lésions analogues, chez une petite fille de 7 ou 8 ans. Les organes urinaires et les organes génitaux étaient envahis par la tuberculose. On observait de petits godets rappelant ceux du favus. Le cas de M. Debove me paraît offrir des altérations plus avancées que celle du fait auquel je viens de faire allusion.

M. Charcot demande si M. Parrot a fait l'examen histologique des lésions qu'il a observées ; car, il est intéressant de savoir s'il y a des infiltrations caséeuses primitives, ou si elles sont précédées par d'autres lésions

tuberculeuses. Dans le cas de M. Debove, il n'y a pas de traces apparentes de granulation tuberculeuse.

M. Parrot ne se rappelle plus s'il a pratiqué l'examen microscopique ; ce qui lui a fait supposer qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses, c'est la présence dans les autres organes de la tuberculose à tous les degrés ; sur le vagin et les ovaires, il y avait des granulations.

REVUE OPHTHALMOLOGIQUE

I. — De l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle, par le Dr. M. Ch. Klein. — Paris, G. Masson éditeur 1873.

Avec les tables de Snellen ou de Giraud-Teulon nous arrivons à évaluer très-rapidement l'acuité visuelle. Cette acuité est soumise à une foule de variations qui tiennent aux individus, à l'âge, à la valeur réfringente des yeux, au degré d'intensité de la lumière. M. Klein s'est proposé par des recherches patientes et rigoureuses de nous donner une mesure exacte de cette influence de l'éclairage. Les résultats de ses expériences sont représentés par des courbes, dans lesquelles les ordonnées indiquent les distances où se trouve placé le lecteur, et les abscisses l'intensité lumineuse à laquelle correspondent ces distances. — Mais pour pouvoir juger des effets variables de la lumière, il fallait pouvoir mesurer cet éclairage lui-même, et jusqu'ici on s'était indifféremment servi d'un bec de gaz, d'une bougie ordinaire, de la lumière du soleil, sans connaître le rapport précis qui existe dans l'intensité de sources lumineuses si diverses. Aussi M. Klein s'est-il mis d'abord en mesure d'avoir un appareil photométrique irréprochable : cet appareil il l'a construit lui-même, après s'être adressé sans succès à tous ceux qui ont été proposés jusqu'à nos jours et qui sont indiqués dans son travail, suivant l'ordre chronologique. A l'aide de son instrument, M. Klein examine l'influence de la lumière sur l'acuité des yeux normaux, des yeux myopes, des astigmates, des strabiques affectés d'amblyopie.

L'auteur arrive ainsi à signaler plus d'un fait intéressant, et il aurait pu facilement étendre ses conclusions qu'il résume modestement dans quelques propositions pratiques : 1° Il est indispensable d'avoir un éclairage déterminé ; — 2° L'intensité de cet éclairage doit être indiquée en même temps que le degré d'acuité de l'individu examiné : — 3° L'éclairage qui semble le plus convenable serait de 25 à 100 bougies, type anglais.

II. — Traité pratique des maladies des yeux, par le Dr. E. Meyer avec 257 fig. intercalées dans le texte. — Paris H. Lauwereyns, 1873.

Nous sommes de l'avis de l'auteur, lorsqu'il soutient dans la préface de son livre, qu'il manque à notre littérature médicale un Manuel complet des maladies des yeux. Les traités étendus ne nous font pas défaut, nous avons même des Manuels, mais ceux-ci font trop bon marché des notions désormais acquises sur les maladies de la réfraction et sur les troubles musculaires de l'œil. — Le livre de M. Meyer arrive donc en temps opportun. — Dans ce livre on trouve nettement formulées et développées les propositions acquises à la science. Parmi les procédés opératoires, M. Meyer n'embarrasse pas son lecteur dans une foule de méthodes abandonnées, il ne s'arrête qu'aux opérations généralement adoptées et les expose avec une précision qui témoigne de qualités professionnelles solides. Les nombreuses figures qui enrichissent son ouvrage permettent de se rendre compte en un coup d'œil des opérations si complexes que l'on a appliquées à la cataracte, au strabisme, au symblépharon, à l'ectropion, etc.

On pourrait peut-être se plaindre que les maladies externes de l'œil, que les affections des voies lacrymales soient traitées d'une façon un peu sommaire. — Nous exprimerons encore un regret, c'est que l'auteur n'ait pas ajouté un petit paragraphe bibliographique à chacun de ses chapitres, au profit de ceux qui ne veulent pas s'arrêter à des affirmations mais demandent les pièces justificatives.

III. — Leçons sur le strabisme, les paralysies oculaires le nystagmus, le blépharospasme, professées par M. Panas, rédigées par G. Lorey. Paris, Adrien Delahaye 1873.

M. Panas chargé du cours complémentaire d'Ophthalmologie près de la faculté de Paris, a réuni dans ce livre les leçons qu'il a professées à l'hôpital Saint-Louis en 1872. C'est par la partie la plus délicate de l'ophtalmologie que M. Panas a inauguré son nouvel enseignement, il a montré ainsi aux spécialistes malveillants que l'ophthalmologie n'est point inabordable pour les chirurgiens.

M. Panas commence par exposer l'anatomie et la physiologie des muscles de l'œil, d'après les travaux de Donders et Giraud-Teulon ; il y ajoute une description fort remarquable de la capsule de Ténon. Vient ensuite une série de leçons sur le *strabisme*, sur ses causes, sur ses variétés, sur son traitement orthopédique ; néanmoins il regarde la ténotomie comme la principale ressource, mais il ne croit pas que le dosage de la ténotomie soit susceptible de cette précision mathématique que de Græfe a affirmée.

M. Panas traite ensuite des *paralysies oculaires* en général et des paralysies de chaque muscle en particulier, il termine ses leçons par l'étude du *ptosis*, du *nystagmus* et du *blépharospasme*.

On ne peut qu'applaudir à la clarté et à la méthode qui rendent ce livre abordable même aux plus inexperts et il doit être tenu compte à M. Lorey du soin qu'il a mis à rédiger les leçons de son maître.

Nous n'avons qu'un regret à formuler, c'est que le professeur se soit astreint à des leçons purement théoriques, qu'il n'ait pas préféré la forme clinique, toujours plus attrayante, plus originale. L. Thaon.

CHIRURGIE PRATIQUE

Procédé simple et facile pour l'opération du phimosis. (Circoncision.)

Une des difficultés de l'opération du phimosis consiste en ce qu'on ne peut jamais sectionner du même coup et au même point la peau et la muqueuse. Aussi a-t-on créé pour cette petite opération tout un arsenal chirurgical, et les inventeurs ne se lassent pas ! Le procédé suivant, enseigné par M. Duplay dans une de ses cliniques et dû sans doute à M. Voillemier dispense de toute instrumentation spéciale :

1° Prendre entre le pouce et les deux doigts de la main gauche le prépuce, l'attirer légèrement en dehors, et, avec une paire d'excellents ciseaux, sectionner d'un seul coup tout ce qui est en avant du gland.

2° La peau qui est très-mobile se rétracte et laisse à découvert tout le gland jusqu'à sa base ; mais la muqueuse reste sur le gland, et le recouvre souvent dans l'étendue de un centimètre en avant de la peau. Le second temps consiste donc à mettre de niveau la peau et la muqueuse. Assurez-vous d'abord en promenant la sonde cannelée au-dessous de la muqueuse qu'il n'existe pas d'adhérences avec le gland, comme cela se voit souvent chez les enfants. Incisez alors la muqueuse verticalement sur le dos du gland jusqu'au niveau de la peau rétractée, puis avec vos ciseaux, coupez circulairement tout ce qui dépasse la peau. Au niveau du frein incisez obliquement de manière à le conserver tout entier.

3° Il ne reste plus qu'à affronter exactement la peau et la muqueuse. Ce dernier temps est facile, mais exige de la patience de la part du malade et du chirurgien. On place circulairement des serre-fines qui maintiennent exactement le contact des bords de la plaie. On se sert d'une paire de pinces à mors très-fins qui permettent d'en faire le rapprochement d'une manière plus précise. Il faut commencer à placer ces serre-fines à partir du frein préputial, et avoir soin de faire refouler par un aide les lambeaux de tissu cellulaire qui pourraient se placer entre la peau et la muqueuse au moment où on les unit. Vous obtiendrez toujours par ce procédé une réunion parfaite ; il sera impossible de retrouver la trace de l'opération ; et vous ne serez pas exposés à essuyer des reproches cruels de la part de ceux qui tiennent à la beauté de ces parties. (*M. Duplay : Cliniques de l'hôpital Saint-Antoine.*) H. D.

L'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles.

Dès l'année 1830, Velpeau avait conseillé l'acuponcture

pour le traitement des tumeurs érectiles de petit volume: mais l'inflammation n'était pas suffisante. A. Berard substitua aux aiguilles des tiges d'ivoire.

Mac-Vilain et Busle lardaient la tumeur avec des aiguilles rougies au feu et P. Guersant se déclara partisan de cette méthode Depuis ce temps, MM. Giraldès, Broca, Verneuil ont tenté avec des résultats divers, de guérir les tumeurs érectiles avec l'électropuncture. C'est ce procédé qui a donné aussi les meilleures guérisons à M. le dr Cardwill, chirurgien anglais très-distingué. Après avoir exposé et apprécié les autres procédés, il s'exprime ainsi: « En résumé, le moyen pour guerir les tumeurs érectiles que je veux recommander est l'électrolyse, dont on use trop rarement à mon avis. Le procédé consiste à introduire aux deux extrémités de la tumeur un ou deux fils de platine qui la traversent totalement. Aux deux bouts du fil on applique les pôles d'un courant venant d'une batterie à plusieurs éléments et on fait rougir le fil. Ce moyen est complètement exempt de danger. L'hémorrhagie causée par l'introduction du fil s'arrête d'elle-même et assez rapidement aussitôt que le fil a atteint une température suffisante pour cautériser: le malade souffre peu pendant le passage du courant, et on n'observe rien de particulier quand on retire ces fils. J'ai obtenu par ce moyen les meilleurs résultats. Mon ami le docteur Singly, qui, en est aussi très-satisfait, désirant faire à la peau, la plus petite lésion possible, introduit seulement au-dessous de celle-ci la pointe d'une aiguille. Je pense qu'en donnant plus de temps à l'opération, et en agissant suivant le conseil du docteur Singly, la difformité est aussi petite que possible : c'est là une considération importante, lorsque la tumeur siége sur une partie du corps destinée à être découverte chez la femme, ou sur la face chez l'homme.

(*The Lancet*, juin 1873.) H. D.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, par le docteur A. Fournier, in-8 de 1108 pages. Paris, Delahaye.

Chargé depuis plusieurs années de la direction d'un service important d'affections vénériennes, M. Fournier a eu l'occasion de publier déjà une série d'aperçus (Voir *Gaz. hebdomadaire Union médicale*), sur les modifications particulières que présente la syphilis chez la femme. Au fond, rien de spécial dans les lois d'évolution de cette maladie qui constitue une sorte de drame en trois actes bien distincts, mais la nature particulière au sujet donne naissance à une série de manifestations toutes nouvelles ou qui ne figurent qu'à titre très-secondaire dans la pathologie syphilitique de l'homme.

Les huit premières leçons sont consacrées à l'étude de la période primaire, chancre et bubon. Nous ne trouvons rien à signaler de particulier, sauf l'étude du siége du chancre (chancre mammaire, chancre du col). Le chancre du col, qui passe pour une rareté pathologique, est au contraire assez fréquent il figure dans les stastistiques de M. Fournier en quatrième ligne, apres le chancre des grandes et petites lèvres et de la fourchette. La cause de sa rareté *apparente*, tient à ce qu'il n'est pas visible, à ce qu'il ne donne lieu à aucun symptôme douloureux et n'éveille par conséquent pas l'attention de la femme; en second lieu, à ce qu'il se modifie spontanément et avec une très-grande rapidité. Par contre, malgré les causes nombreuses qui paraîtraient devoir favoriser la contamination du vagin, le chancre de cette région (vagin proprement dit) est excessivement rare.

La période secondaire est la véritable période féminine, c'est-à-dire celle où vont se développer ces accidents multiples qui impriment à la syphilis de la femme un cachet spécial. En plus des phénomènes qu'on rencontre chez l'homme, la femme présente plus marqués : 1° les douleurs; 2° les troubles nerveux; 3° les troubles généraux.

Ces troubles généraux peuvent se ranger sous deux types principaux. La *chloro-anémie*, forme que tout le monde admet avec ses caractères de décoloration des muqueuses, de faiblesse, d'alanguissement, des palpitations, caractères auxquels correspondent les signes stéthoscopiques usités; et l'*asthénie* ou langueur syphilitique, c'est-à-dire une « sorte de dépression profonde de l'économie sans le facies, sans les signes de la déglobulisation chloro-anémique. » Le tableau que trace M. Fournier de cet état particulier montre bien là un type clinique, vrai et tout à-fait à part. « D'une part, ces malades que je vais vous d'écrire ne se présente nullement avec l'extérieur habituel des femmes anémiques. Leur teint n'est que légèrement modifié, quelques-unes conservent même un aspect assez satisfaisant, elles paient de mine, comme elles le disent elles-mêmes. D'autre part, l'auscultation ne révèle sur elles aucun souffle du cœur ni dans les vaisseaux Rien n'autorise donc, ni l'habitus extérieur, ni les signes physiques à considérer ces femmes comme affectées d'anémie. » Ces deux états ne sont que temporaires; ils prennent fin avec une médication appropriée, mais si l'on n'intervient pas ou si l'on intervient trop tardivement, ils peuvent devenir graves par la débilitation qu'ils entretiennent et par la susceptibilité à d'autres affections qu'engendre cette persistance de troubles fonctionnels.

Dans les trois leçons suivantes (10e 11e et 12), M. Fournier étudie les syphilides cutanées qui diffèrent peu d'un sexe à l'autre. Très-variées comme formes, ces manifestations peuvent être selon lui réparties, en huit groupes: Erythémateux, papuleux, squameux, vésiculeux, pustulo-crustacés, bulleux, maculeux et gommeux.

L'alopécie et l'onyxis forment le sujet de la treizième leçon. L'alopécie syphilitique, loin d'être une manifestation tardive, une suite éloignée des « péchés de jeunesse » est au contraire essentiellement secondaire. Les cheveux tombent sous l'influence de syphilides disséminées du cuir chevelu ou sans cause apparente, par le fait même de la maladie. Du reste, l'alopécie n'affecte pas que la tête, elle siége encore aux sourcils, aux cils au mont de Vénus et parfois même aux aisselles. M. Fournier, s'élève avec vigueur contre les prétendus dangers du mercure qui serait la cause de la chute des poils ; loin de la favoriser en quoi que soit, l'administration de cet agent pourra seul l'atténuer et l'arrêter.

Les syphilides muqueuses, communément dénommées plaques muqueuses (mot impropre puisqu'il s'applique indifféremment à des lésions différentes) sont chez la femme d'une fréquence, que je ne puis, dit l'auteur, qualifier autrement que d'*excessive*. Les syphilides génitales, de beaucoup les plus ordinaires, se présentent sous les quatre formes suivantes. érosive, papulo-érosive, papulo-hypertrophique et ulcèreuse, Certaines de ces syphilides s'indurent à l'instar du chancre (indurations secondaires) c'est-à-dire se doublent d'un exsudat néoplasique à la base, tellement ressemblant à celui du chancre, qu'on croirait à la présence du chancre lui-même. Le diagnostic en est des plus importants, car, c'est surtout chez la femme qu'on rencontre ces indications secondaires.

Les leçons consacrées à l'étude des affections secondaires des yeux, (kératite, iritis, névrite) et des os (périostoses, ostéalgies etc.,) n'offrent chez la femme rien à noter qui ne se retrouve identiquement chez l'homme. En revanche, les troubles nerveux secondaires, sont cent fois plus fréquents, plus variés et plus intenses. « Chez la femme, nature plus impressionnable, la syphilis crée un état de souffrance générale de ce système, elle détermine une perturbation profonde, parfois même un désarroi véritable dans toutes les fonctions qui lui sont dévolues ; elle engendre, en un mot, d'une façon provisoire. une véritable diathèse nerveuse, à manifestations multiples et variées : » Parmi les accidents les plus habituels, il faut noter la *céphalée* qui n'est provoquée ni par une lésion osseuse, ni par une névralgie et qui revêt deux types bien distincts : continue avec exacerbation et intermittente; l'insomnie essentielle, l'asthénie nerveuse. les douleurs névralgiformes et les névralgies, enfin les troubles de la sensibilité. Ces derniers phénomènes, presque ignorés, sont bien étudiés par M. Fournier, qui y distingue trois formes prédominantes : Analgésie simple, analgésie et anesthésie simultanées, analgésie associée à la perte du sens de la température. Cette analgésie affecte de préférence les seins et le dos de la main. Au premier abord, on est tenté de rapporter ces troubles nerveux à l'hystérie; mais leur étude attentive sur un grand nombre de sujets permet de les classer comme manifestations propres à la syphilis.

Du reste leur fréquence, leur développement dans des conditions toujours identiques, leur évolution, c'est-à dire, leur atténuation et leur disparition sous l'influence du traitement, ne peuvent laisser aucun doute sur leur nature.

Dans un groupe moins fréquent se rangent les paralysies secondaires, l'hémiplégie faciale, la plus commune et la plus précoce (on l'a vue se produire avec les premiers accidents secondaires, coexister avec la roséole (1), la paralysie de la troisième et de la sixième paire. A côté de ces paralysies, viennent se placer différents troubles des sens (éblouissements, paralysie de l'accommodation, otalgie) et de l'intelligence (atonie ou torpeur, même perversion des facultés intellectuelles).

Dans les 25e et 26e leçons M. Fournier aborde un sujet encore peu étudié et comme il le dit, bien digne à tous égards de la plus sérieuse attention ; nous voulons parler de l'influence qu'exerce la syphilis sur les grandes fonctions circulatoire, respiratoire et digestive en un mot de la syphilis viscérale secondaire. La respiration est en général fort peu influencée ; du côté de la circulation, ce sont des palpitations, essentiellement nerveuses et ne dépendant en rien d'une lésion cardiaque. De tous, le système digestif est le plus troublé : diminution de l'appétit qui peut aller dans quelques cas rares à l'abolition complète, à une véritable répugnance pour les aliments, boulimie, gastralgie, etc. Parmi les manifestations splanchniques, le système génital offre comme telles, la *leucorrhée*, qu'on peut, il est vrai, considérer comme un effet de la chloro-anémie la névralgie utérine et les troubles menstruels. Au sujet de ces derniers, M. Fournier est arrivé aux conclusions suivantes :

Sur le plus grand nombre de femmes, la syphilis ne trouble pas sensiblement les règles.

Sur quelques malades, même dans les formes communes, elle apporte certains troubles (irrégularités, appauvrissement suppression). Ces troubles deviennent fréquents et intenses dans les cas où la maladie prend une gravité supérieure.

Les fonctions de reproduction sont profondément influencées. La syphilis crée une prédisposition indéniable à l'avortement et la période qui y prédispose le plus est la période secondaire. Voici au surplus quelques chiffres extraits des registres de l'hôpital de Lourcine.

Sur 390 grossesses, 249 sont arrivées à terme ; 141 ont abouti soit à l'avortement, soit à l'accouchement prématuré.

Sur les 249 grossesses arrivées à terme, 1/2 enfants sont morts à très-bref délai et la plupart pour cause de faiblesse congénitale.

M. Fournier, termine par l'exposé du diagnostic et du pronostic ; dans ce dernier il faudra toujours tenir compte des éléments suivants : influences thérapeutiques, état de la santé générale, conditions d'hygiène. Relativement à la question de traitement, l'auteur insiste sur une médication longtemps prolongée en se servant d'une méthode mixte, celle des traitements successifs séparés par des intervalles de plus en plus prolongés.

Tel est en abrégé le résumé de cet ouvrage dont nous avons cherché à signaler les parties les plus spéciales et nous pouvons dire, les plus nouvelles. En parcourant cette œuvre magistrale dont la rédaction précise et brillante met encore en relief les qualites scientifiques, tout lecteur s'étonnera de voir l'auteur s'abriter trop modestement derrière l'insuffisance de son autorité.

A. CARTAZ.

Chronique des hôpitaux

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur GOSSELIN. — Clinique les mardis, jeudis, samedis. — Salle des femmes : 8, récidive d'ulcère variqueux avec gomme suppurée à la cuisse droite ; — 11. ascite symptomatique probablement d'un sarcome péritonéal ; — 13, gros épithélioma fongueux dépendant exclusivement du bord libre de la lèvre inférieure ; — 19, ulcère arrondi et à bords taillés à pic à la partie interne de la jambe droite, sans adénite ; gomme ; — 23, métrorrhagie ; névralgie ilio-lombaire, abcès circum-utérin ouvert dans le rectum. — Salle des hommes : 4, épididymite droite subaiguë ; écoulement blennorrhéique ; rétrécissement uréthral ; — 12, épididymite blennorrhagique gauche ; cystite ; — 18, hémorroïdes externes enflammées et gonflées avec un peu d'excoriation à gauche ; — 22, Lipome de la région épigastrique ; — 34, grosse tumeur probablement lipomateuse de la partie supérieure de l'hypocondre droit ; — 36, Leucoma avec atrophie et retour fréquent d'inflammation de l'œil droit, douleur sympathique à gauche ; — 42, épithélioma au côté gauche de la base de la langue avec induration ganglionnaire de la région parotidienne.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. (femmes) : n° 14, squirre atrophique de la moelle ; — n° 26, abcès périnéphrétique. — Salle des hommes : N° 2, atrophie, du triceps fémoral, suite d'une arthrite du genou ; — n° 16, fracture compliquée du coude gauche ; — n° 18, kyste hydatique du rein ; — n° 31, névralgie des deux branches opthalmiques.

Service de M. GALLARD. — (Salle des femmes) : N° 12, corps fibreux de l'utérus ; — n° 18, phlegmon des ligaments larges ; — n° 29, rétrécissement aortique et insuffisance mitrale. — Salle des hommes : n° 10, insuffisance mitrale ; — n° 13, myélite chronique et fracture de la clavicule par contraction musculaire.

Service de M. LASSÈGUE. — Clinique les mardis, jeudis et vendredis.— Salle des femmes : n° 13, pleurésie rhumatismale double ; — n° 28, ataxie lacomotrice. — Salle des hommes : N° 52, névrose du larynx.

Hôtel-Dieu. — Service de M. FAUVEL. — Salle Saint-Julien : n° 1 bis, bronchite chronique, dilatation des bronches ; n° 6, hypertrophie du foie, (fièvres intermittentes en Afrique) ; — n° 7, maladie de Bright ; — n° 20, Meningite tuberculeuse.

Salle Sainte-Anne : N° 4 bis, chorée ; — n° 8, rhumatisme chronique progressif ; — n° 7, scarlatine ; endocardite légère ; — n° 18, rhumatisme articulaire aigu généralisé, péricardite (1re attaque).

Service de M. DUPLAY, suppléé par M. LEDENTU. — Salle Sainte-Marthe (femmes) : N° 5, arthrite mono-articulaire (genou) de nature rhumatismale ; bruit de souffle à la pointe du cœur ; — n° 7, kyste de l'ovaire. — n° 11, rétrécissement simple du rectum situé très-haut ; — n° 15, abcès périnéphrétique.

Salle Saint-Barnabé. — Hommes ; N° 4, hydarthrose du genou ; — n° 35, lymphadenome du cou ; — n° 43, goutte, néphrite, hyperthrophie prostatique ; — n° 45, étranglement interne ; anus artificiel selon le procédé de Nélaton ; — n° 53, tumeur de la glande thyroïde : — n° 59, fistules urinaires multiples du périnée ; infiltration urineuse ; gangrène.

Hôpital Beaujon. — Service de M. GUBLER. — Adénie de la glotte consécutif à une angine simple ; — 22, paralysie labio-glosso-laryngée.

Service de M. MOUTARD-MARTIN. — 16, Aphasie ; *Hémiplégie gauche* ; — 21, Atrophie musculaire généralisée chez un saturnin ; — 27. pneumothorax, — Femmes : — 4, Hématocèle péri-utérine ; — 15, fièvre typhoïde : adynamique.

Service de M. BEAUMETZ, eczéma traité par le chloral ; —stomatite ulcéro-membraneuse ; — paraplégie syphilitique.

Service de M. FERNET. — 9, insuffisance mitrale ; — congestion du foie ; — ascite ; — 11, kyste hydatique du foie ; aspiration. — 5 *bis*, insuffisance et rétrécissement mitral ; — 15, Arthropathie droite ; — 17, rétrécissement mitral ; — hémiplegie gauche ; — 22, fièvre herpétique.

Service de M. LEFORT. — 1, fracture directe de deux os de l'avant-bras ; — 3, sarcome de la cuisse, amputation ; — 7, Périostite du femur.

Hôpital St-Antoine. — Service de M. CADET DE GASSICOURT. — St-Lazare ; — 4, affection cardiaque ; — 8, pericardite et pleurésie rhumatismales ; — 11, néphrite traumatique ; — 25, tremblement mercuriel.

Ste-Jeanne : — 2, cancer de l'épiploon ; — 3 et 4, pelviperitonite ; — 14, insuffisance et rétrécissement mitral ; — 19, gastralgie ; vomissements incoercibles.

Service de M. GOMBAULT. — Salle St-Geneviève (femmes). — 3, Albuminurie ; — 4, Diabète ; chorée ; — 13, affection cardiaque, symptômes d'angine de poitrine ; — 14, hystérie ; — 17, paraplégie, hémorrhagie méningée (?) ; — 18, contracture hystérique ; — 21, kyste de l'ovaire.

St-Eloi (hommes) : — 1 et 26, hydro pneumothorax ; — 3, affection cardiaque, hémiplégie, aphasie ; — 19, ictère, parotidite ; — 23 et 31, cancer de l'estomac ; — 37 et 40, intoxication saturnine ; — 38 et 39, névralgie sciatique.

Enseignement médical libre.

Tumeurs et maladies des yeux. — M. le Dr Gillet de Grandmont commencera, lundi 28 juillet, à 9 h. 1/2, rue Rossini, n° 20, des conférences cliniques sur les affections chirurgicales, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

NOUVELLES

MORTALITÉ A LYON. — Du 30 juin au 13 juillet, il y a eu 347 décès à Lyon. Rougeole, 4 ; fièvres continues, 8 ; bronchite aiguë, 9 ; pneumonie, 9 ; *dyrsenterie*, 3 ; *diarrhée* et *entérite*, 33 ; *cholérine*, 18 ; croup, 9 ; affection puerpérales, 4 ; affectations cérébrales. 58. Le *Lyon médical* résume ainsi la si-

(1) Pendant mon internat dans les hôpitaux de Lyon, j'ai eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de mon excellent maître, M. Drou, à l'hospice de l'Antiquaille. L'hémiplegie faciale survint cinq semaines après la date de l'apparition du chancre et céda assez rapidement à la médication instituée ; consécutivement apparurent des syphilides cutanées de forme multiple.

tuation : « Les diarrhées sont très fréquentes ; quelques-unes s'accompagnent d'accidents cholériformes, mais sans aller jusqu'au choléra sporadique. Les diarrhées infantiles sont nombreuses et se font remarquer par leur gravité habituelle. Quelques dyssenteries. Les embarras gastriques et les états saburraux des premières voies méritent aussi une mention spéciale. »

CHOLÉRA. — *Allemagne*. Çe et là on signale quelques cas de choléra, en Saxe surtout. Une dépêche de Dresda en date du 5 juillet, annonce que depuis le 25 juin jusqu'au 4 juil et on a compté dans les villages Nieder-Gorbitz, Wælfintz. Lœblau, etc, 29 nouveaux cas da choléra, dont 19 cas de mort. Le total des cas de maladie qui se sont produits dans l'arrondissement de Dresde ast de 56, dout 30 cas da mort.

Italie. Le préfet d'Ancône a interdit, pour des motifs sanitaires, le pèlerinage à Notre-Dame de-Lorette. Pour la mêm• raison les autres pélerinages *sont également* interdits.

Etats-Unis. D'après une dépêche de New-York (21 juillet) le choléra exercerait beaucoup de ravages dans le Sud de l'Etat d'Indiana.

Autriche. — D'après la *nouvelle presse libre* de Vienne, il y aurait eu dans cette ville du 19 au 21 juillet, onze nouveaux cas de choléra.

HERBORISATION. — M. *Decaisne* fait son herborisation dimanche 27 juillet dans la forêt de Fontainebleau. Rendez-vous à la gare de Fontainebleau à l'arrivée du traiu quittant Paris à 7 h. 50 m.

VACANCE MÉDICALE. — Par suite du décès de M. Tailleur, la commune de Bouy (Marne) est actuellement privée de médecin. Cette localité, située dans le périmètre du camp de Châlons et au centre de plusieurs communes dont la population forme un total dc près de 5,000 habitants, présente des garanties certaines de succès au praticien qui viendra s'y établir.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE — Ordre du jour de la séance du 4 août : 1° Suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix; 2° Présentation d'un travail de MM. Léon Marchand et Corre sur la géographie botanique; 3° Présentation d'appareils par M. Corre. (2,rue des Poitevins).

HYGIÈNE PUBLIQUE. — A la suite d'une enquête faite par les soins de le préfecture de police, il a été constaté que plusieurs boulan ers de Paris faisaient entrer dans la composition du pain de la gélatine de première qualité et de la gomme arabique daus la proportion d'un sixieme eoviron. Bien que cette composition nouvelle ne nuise pas directement à la santé publique, elle rend le pain lourd et pâteux et coustitue une fraude sur la qualité de la marchandise vendue. Des procès-verbaux ont été dressés contre les délinquants

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. Vaslin (Louis), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de chirurgie. — M. Guichbard (Ambroise), docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire d'accouchements. — M. Briant (Ernest), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Chrétien (Henri-Marie-François), docteur en médecine, est nommé aide de physiologie expérimentale à la Faculté de médecine de Naucy.

PROTECTION DE L'ENFANCE. — Le rapport de M. de Melun sur la proposition de notre confrère Th. Roussel, relativa à la protectiiou de l'enfance et surtout des nourrissons, conclut à la prise en considération.

La *Société protectrice de l'enfance, de Lyon*, met au concours la question suivante: «Des moyens que peuvent employer les Sociétés protectrices de l'enfance » pour atteindre le but qu'elles se proposent. Serait-il possible d'organiser » partout une surveillance médicale efficace pour les nourrissons et les en- » fants-assistés, et par quels moyens pratiques ce résultat pourrait-il être » obtenu ? »

Les candidats devront étudier le mode de fonctionnement des Sociétés protectrices existantes ; indiquer les différences et les analogies que ces Sociétés présentent entre elles sous ce rapport ; faire ressortir ce que chaque mode peut avoir d'avantageux et rechercher si d'autres moyens plus efficaces ne pourraient pas être mis en usage ; examiner, enfin, si la surveillance des nourrissons porterait une atteinte quelconque à la liberté individuelle ou au droit des familles

Un prix de la valeur de *cinq cents* francs sera décerné dans la séance de janvier ou février 1874, au meilleur mémoire sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés, franco, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

LES EAUX MINÉRALES ET L'ARMÉE. — Le rapport sur les propositions de M. Hervé de Saisy et de quelques autres collègues sur l'envoi et le traitement gratuit des militaires et de leurs assimilés aux eaux minérales vient de paraitre. Voici les deux premiers articles du projet de loi

Art. 1er. — Chaque année, à dater de la promulgation de la présente loi, les anciens militaires et marins, ainsi que leurs assimilés de la garde mobile, de la garde nationale et des auxiliaires, dont les blessures ou les infirmités contractées au service nécessiteraient l'emploi des eaux seront, après avoir obtenu l'autorisation du Ministre de la guerre sur l'avis de la commission spéciale instituée dans chaque département par l'instruction ministérielle du 3 mai 1844, transportés at hospitalisés aux frais de l'Etat dans les localités déterminées par le Ministre de le guerre. Ils seront porteurs d'une feuille de route indiquant qu'ils sont envoyés aux eaux aux frais de l'Etat.

Art 2. — Les officiers des armées de terre et de mer et leurs assimilés en possession d'une pension de retraite, admis à bénéficier les eaux, continueront à subir la retenue établie par les dispositions ministérielles. (*Gaz. hebd.*)

MÉDECINS MILITAIRES. — Les étudiants en médecine qui justifieront de seize inscriptions valables pour le doctorat ; ceux munis de douze inscriptions valables pour le titre de pharmacien de première classe seront admis à prendre part au prochain concours pour les emplois d'élèves du service de santé militaire, à la condition pour les premiers, de n'avoir pas dépassé l'âge de 25 ans révolus au 1er janvier dernier, et, pour les seconds l'âge de 24 ans accomplis à la même date.

NÉCROLOGIE. *Romberg* est mort le 16 juin à Berlin (*Gaz. hebd.*). — *Clermont* (de Lyon) est décédé, à l'âge de 63 ans, et FRANON (de Tournus), à 48 ans (*Lyon méd.*).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Edouard Auber, décédé dans sa 70e annéa, à St-Germain-en-Laya où il vivait retiré depuis plusieurs années ; honoré et chéri de tous ceux qui le connaissaient, M. Aubert a écrit plusieurs ouvrages estimés de philosophie médicale et de pathologie. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, n° 7).

EMPOISONNEMENT PAR LA VANILLE. — Le *Boston Medical and Surgical Journal* raconte que cinq individus de la même famille éprouvèrent des symptômes d'empoisonnement, après avoir mangé de la crême à la vanille, deux autres, qui assistaient au même repas, n'en ayant pas mangé, en furent nullement inquiétés.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES, DES ARTS ET DES LETTRES DU HAINAUT. — CONCOURS DE 1873. — Manuel pratique et populaire des premiers soins à donner en cas d'accidents ou de maladie. — L'auteur s'attachera à combat re des préjugés très-répendus. — Comparer les avantages et les inconvénients du traitement des maladas pauvres dans les hôpitaux de différants systèmes et à domicila. — Indiquer et décrire les réactifs chimiques les moins coûteux et les manipulations les plus simples pour précipiter tous les corps dissous dans les eaux sortant des fabriques de sucre, de noir animal, des divers produits chimiques et des teintureries, de manière qu'il suffise de filtrer les eaux ainsi traitées pour les obtenir limpides et ne contenant aucune matière organique ou inorganique en dissolution. — Le prix pour chacun de ces sujets est une médaille d'or. — Les mémoires devront être remis franco, avant le 31 décembre 1873, chez M. le président de la société, rue des Compagnons n° 21, à Mons. (*Ann. de la soc. de méd. d'Anvers, mai*).

Concours pour deux places de professeurs suppléants des chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de Bordeaux. I. Un concours pour daux places de professeurs suppléants des chaires de chirurgie at d'accouchement, s'ouvrira le 25 novembre 1873. — II Les candidats devront être français ou naturalisés français et docteurs de l'une des facultés médicales françaises. Ils s'inscriront et déposeront au secrétariat de l'école leur acte de naissance et leur diplôme, avant le 5 novembre. — III. Les épreuves consisteront en : 1° une composition écrite sur un sujet de chirurgie ; 2° une leçon d'accouchements ; 3° une leçon de pathologie externe ; 4° une leçon de clinique externe après examen de deux malades ; 5° une leçon d'anatomie chirurgicale et d'opération. — IV. Le temps accordé sera : 1° pour la composition écrite, de six heures, sans livres ni notes ; 2° pour la deuxième épreuve. d'une heure, après un égal temps de réflexion ; 3° pour la troisième épreuve, d'une heure, après vingt quatra heures de préparation ; 4° pour les quatrième et cinquième épreuves, d'une heure, sans préparation ni réflexion préalables. — V. Le jury sera composé de cinq professeurs, qui nommeront entre eux un président et un secrétaire. En cas d'empêchement le juge absent sera remplacé par un de ses collègues ; le nombre de trois membres au moins sera nécessaire pour que les opérations accomplies puissent être déclarées valables. VI Les épreuves seront identiques pour tous les candidats, à moins que le nombre de ceux-ci n'oblige de scinder quelques-unes des séances. Au commencement de chaque épreuve, l'ordra d'appel des candidats sera règlé par le sort (*Gaz. méd. de Bordeaux*, n° 13).

— ROUGE. Nouvelle méthode pour le traitement chirurgical de l'Ozène. In-8 de 32 pages. Lausanne, 1873.

ORGANISATION du corps médical des hospices civils de Liége. In-8° de 12 pages. Liége, imp. du journal *Le Scalpel*.

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

COLIN (L.) Etudes cliniques de médecine militaire, observations et remarques recueillies à l'hôpital militaire du Val de Grâce spécialement sur la tuberculisation aiguë et sur les affections des voies respiratoires et digestives. In-8 de 304 pages.

MONOD (Ch.) Etude sur l'angiome simple sous-cutané circonscrit (nœvus vasculaire sous-cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé), suivie de quelques remarques sur les angiomes circonscrits de l'orbite. In-8 de 86 p. avec 2 planches, 2 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Librairie A. DELAHAYE.

BOURNEVILLE. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et éclampsie puerpérale* ; — *épilepsie et hystérie.* In-8 de 160 pages, avec 14 figures : 3 fr.

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à l'hospice de la Salpétrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. 1er fascicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante, anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In 8° de 64 p. avec 15 fig. 2 fr.

1re ANNÉE — N° 8 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 2 AOUT 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES. { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU. — **M. le Professeur RICHET.**

Luxation de la tête du fémur gauche à la partie supérieure et postérieure de la fosse iliaque externe immédiatement au-dessus de l'échancrure sciatique — datant de 35 jours. Réduction. — Guérison.

Leçons faites le 31 mai et le 3 juin 1873 — recueillies par M. LONGUET, interne de service (1)

Messieurs,

Je reviens aujourd'hui sur le cas que j'ai pris pour texte de notre entretien précédent, afin de vous faire part de l'enseignement que j'en ai tiré. Par le fait même de la réduction, j'ai acquis, en effet, des notions précises sur la marche que la tête fémorale a dû suivre pour aller se porter à la partie supérieure et postérieure de la fosse iliaque externe, au-dessus de l'échancrure sciatique et sur le chemin qu'elle a dû parcourir pour rentrer à sa place normale. Grâce au mode opératoire que nous avons appliqué, grâce aux manœuvres que mes mains ont exercées, j'ai pu faire pour ainsi dire l'*anatomie pathologique* de cette luxation, tout aussi sûrement que je l'aurais faite sur un cadavre, le scalpel à la main : c'est ce que je tiens à vous faire voir.

La cause de cette luxation a été si peu importante, vous disais-je samedi dernier, que je suis porté à croire à une fracture du sourcil cotyloïdien ; et j'appuyais sur ce point parce que le diagnostic qui avait été émis primitivement me paraissait bien singulier. Je vous disais aussi que si le diagnostic « contusion » avait été porté, c'est que la luxation n'existait peut être pas. Eh bien, Messieurs, je dois dire aujourd'hui que la *réduction* nous a démontré d'une façon bien nette l'existence d'une luxation *primitive*. Pendant l'opération nous n'avons senti aucune espèce de crépitation ; après la réduction, le fémur n'a subi aucune espèce de déplacement, or vous vous rappelez que ce sont là les deux signes principaux que l'on trouve toujours dans les luxations secondaires avec fracture du rebord de la cavité cotyloïde. Il est donc certain pour moi que la luxation était primitive et qu'elle était bien dans le lieu indiqué.

Par quel mécanisme ce déplacement s'est-il opéré ? Il y a là un point délicat ; je vous ai dit ce que le malade nous racontait à cet égard ; je l'ai encore interrogé *ce matin* et il m'a répondu *ce matin* ce qu'il m'avait dit plusieurs fois déjà. Si vous lisez ce que les auteurs ont écrit à propos de la manière dont se font ces luxations, vous verrez qu'ils sont presqu'unanimes pour indiquer la suivante : au moment de la chûte, le membre gauche (je suppose que la luxation soit à gauche comme celle que nous avons eue sous les yeux) le membre gauche, dis-je, est porté en adduction forcée en avant du membre droit, avec rotation du pied en dedans, puis la jambe s'est fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; la tête fémorale dans cette situation presse sur la partie postérieure et externe de la cavité cotyloïde. Si le mouvement est exagéré, la capsule se détache à son insertion iliaque et la tête va se loger dans la fosse ischiatique.

Chez notre malade, la pression aurait été directe, le mécanisme dont je viens de vous donner la description sommaire n'a donc pas pu être constaté : aussi dois-je rester dans une certaine indécision sur ce point d'étiologie.

Quant aux symptômes, nous avons dit que le principal était la présence de la tête dans la fosse iliaque externe au dessus de l'échancrure sciatique, et au lit du malade j'ai fait constater à beaucoup d'entre vous l'existence d'une tumeur dure, mobile avec le fémur, au point indiqué. Etait-ce bien elle ? On aurait pu en douter, on aurait pu croire au déplacement d une portion d'os, au lieu du grand trochanter. Dans son traité sur la matière, Malgaigne prétend que jamais la tête ne peut venir se loger dans l'échancrure sciatique, qu'elle reste au niveau de l'échancrure et qu'alors on a un raccourcissement très-faible sinon un allongement. Ici, nous avions un raccourcissement de 6 centimètres et, de plus, en mesurant l'espace qui séparait la tête luxée de l'épine iliaque supérieure et postérieure, nous avons trouvé 7 centimètres seulement. De toute évidence nous avions à faire à une luxation au dessus de l'échancrure sciatique. Malgré la négation de Malgaigne, cela est.

Avant la réduction nous avions bien précisé la position anormale de la tête, mais pendant l'opération cela nous a été bien plus facile encore. Tandis qu'à l'aide des mouffles la traction se faisait, je sentais avec mes doigts la tête marcher en bas ; à mesure qu'elle cheminait, un vide se produisait dans le point où quelques instants auparavant nous sentions manifestement sa présence : quand elle a été au bord de la cavité cotyloïde les mouffles ont lâché leur puissance de traction, mais la tête a remonté ; elle n'est pas

(1) Voir le n° 5 du *Progrès médical.*

rentrée d'emblée. C'était donc bien la tête que nous sentions, grâce à cette *dissection sur le vivant*, passez-moi l'expression, si claire et si nette. Donc la tête était bien à la partie supérieure de l'échancrure sciatique.

J'arrive maintenant au *traitement* que nous avons employé; c'est là le point capital et j'y appelle fortement votre attention. Je le diviserai en trois temps :

1er Temps. — Après avoir anesthésié notre malade jusqu'à la résolution musculaire complète, absolue, afin de n'avoir à éprouver aucune espèce de résistance de la part des muscles, nous avons fait exécuter au membre inférieur gauche des mouvements de flexion, de circumduction, d'adduction et d'abduction, pour détacher les adhérences qu'avait pu contracter la tête avec les parties voisines. Vous comprenez qu'avec un levier aussi long que le fémur, on déploie pour faire exécuter ces mouvements une force considérable, aussi n'est-il pas besoin d'employer des machines pour arriver au résultat qu'on se propose : sous l'influence de ces mouvements, je sentis la tête céder peu à peu ; bientôt, elle jouit d'une mobilité notable; je fis alors des mouvements de rotation en même temps que je tirais la cuisse de toutes mes forces, efforts inutiles! la tête restait immuable. Des aides tirèrent aussi sur la jambe ; même résultat négatif. Je dus alors appliquer les moufles.

2e Temps. — Il est de règle, Messieurs, de ne jamais appliquer les moufles sur le pied ou sur la jambe ; n'oubliez jamais cela : c'est sur la partie inférieure de la cuisse, au-dessus du genou, que vous devez toujours prendre le point d'appui qui vous servira pour l'extension. C'est ce que vous m'avez vu faire.

La contre-extension se faisait à l'aide d'une alèze passée dans le pli de l'aine gauche et maintenue solidement attachée à la table d'opérations.

Alors, des aides ont tiré directement, dans l'axe du corps, jusqu'à ce que l'aiguille du dynamomètre marquât 100 kil., chiffre que nous avons même dépassé un peu. Mes deux mains placées à la racine de la cuisse suivaient tous les mouvements et elles sentaient directement et d'une façon très-nette que la tête cheminait lentement de haut en bas.

Quand j'ai cru que la tête fémorale était au niveau de la cavité cotyloïde, je fis lâcher brusquement la traction, pendant que je portais la cuisse en dedans. La manœuvre ne réussit pas, car la tête au lieu d'entrer dans la cavité cotyloïde se porta au-dessous de cette cavité. Nous avions transformé la luxation sciatique en luxation sous-cotyloïdienne.

3e Temps. — Après quelques mouvements de rotation, la tête rentra dans la cavité, sans bruit, avec une légère secousse : la luxation était réduite.

Comparant alors les deux membres, portés dans une direction parallèle, nous constatâmes avec plaisir que tous deux avaient une forme semblable.

La jambe gauche semblait même plus longue que la droite; nous trouvâmes, en effet, un allongement de 1 centimètre et demi en faveur du côté malade. L'explication de ce fait est facile à saisir; car la cavité cotyloïde pouvait être comblée en partie, soit par des produits de nouvelle formation, soit par des caillots, soit par des portions de muscles, de ligaments, etc., J'ai hâte de vous dire que cette élongation a disparu peu à peu, et qu'aujourd'hui, (c'est-à-dire trois jours après l'opération) la jambe gauche a la même longueur que la jambe droite.

Pour compléter l'histoire de notre malade, je dirai que pour prévenir un déplacement possible, mais fort peu probable, j'attachai les deux jambes l'une à l'autre et je défendis au patient de faire des mouvements de flexion du tronc sur les cuisses.

Ma prescription a été exécutée; et notre homme est radicalement guéri à l'heure où je parle.

Je vous demande la permission de jeter maintenant un coup-d'œil sur l'histoire des déplacements de la cuisse.

Les luxations coxo-fémorales, Messieurs, étaient connues dès la plus haute antiquité. Déjà dans les livres hippocratiques, on trouve signalés quatre genres de luxations de la cuisse sur le bassin : en dehors et en arrière, en avant, en haut, en bas. Depuis, on n'a rien changé, on n'a fait que tourner autour de cette division, on n'en a inventé aucune qui soit plus complète, on n'a fait que créer des sous-variétés.

Gerdy a présenté une bonne dénomination, qu'il base sur le lieu où se trouve la tête. Voici le tableau qu'il donne dans son ouvrage :

1° Quand la tête se trouve au niveau ou au-dessus de l'épine iliaque inférieure et antérieure, il dit que la luxation est en haut et en dehors, *luxation iliaque*;

2° Quand la tête s'échappe en arrière de la cavité cotyloïde (c'est notre cas) et vient se mettre en rapport avec l'échancrure sciatique, ou le sacrum, il dit *luxation sacro-sciatique* dont il fait un assez grand nombre de variétés selon que la tête est plus ou moins en haut, ou plus ou moins en avant ou en arrière, etc. ;

3° Quand la tête passe en avant de l'échancrure, c'est la *luxation sus-pubienne* (luxation en avant de Malgaigne) ;

4° Quand la tête se place au-dessous de la cavité, c'est la *luxation sous-pubienne*.

A ces quatre variétés, Gerdy ajoute une cinquième, très-rare, qu'il appelle *luxation sous-ischiatique* : dans ce cas la tête vient se placer tout à fait au-dessous de la tubérosité de l'ischion; c'est une luxation toujours consécutive.

Malgaigne n'a pas voulu adopter la dénomination de Gerdy ; il a fait un mélange de toutes celles exprimées avant lui et n'a réussi qu'à embrouiller la question en créant une foule de sous-variétés parfaitement inutiles. Il a insisté sur un ou deux cas de *luxations périnéales*, il crée des luxations sus-cotyloïdiennes; ce ne sont vraiment plus là des luxations.

Je m'en tiens, quant à moi, à la classification de Gerdy, et je vous conseille de l'accepter comme fort suffisante.

(A suivre).

PHYSIOLOGIE

Influence de l'aspiration thoracique et des mouvements respiratoires sur la circulation (1)

Par **ROSAPELLY.**

§ 6. L'élasticité pulmonaire est la condition principale de la dilatation du médiastin.

Le poumon, renfermé dans la poitrine, tend constamment à revenir sur lui-même ; et, même dans l'expiration forcée, son élasticité n'est pas complétement satisfaite ; tout le monde sait que sur le cadavre, les poumons s'affaissent lorsqu'on ouvre la cavité thoracique.

Si vous disposez, dit Bérard, d'un cadavre dont les poumons soient sains, ouvrez la cavité abdominale et retirez-en les viscères sans intéresser le diaphragme ; vous verrez ce dernier muscle tendu, convexe du côté de la cavité thoracique, et entraîné vers elle de manière à résister aux tractions par lesquelles vous tenteriez de l'entraîner vers l'abdomen. C'est dans cet état qu'on le dissèque avec le plus de facilité et les étudiants ne l'ignorent pas. Les choses étant ainsi disposées, faites une ponction aux parois de la poitrine ou du diaphragme ; de suite, le muscle perd sa tension, il devient flasque et tombe dans la cavité abdominale ; si vous observez en même temps le poumon, vous le verrez fuir lentement et se réduire du tiers ou de la moitié de son volume.

La cause de ce phénomène est l'élasticité pulmonaire.

Ainsi, il existe dans chaque cavité pleurale un organe qui se trouve constamment dans un état d'extension forcée, dans une tendance continuelle au resserrement.

Si le poumon, au moment de la plus grande expiration possible, loin d'être comprimé, est encore plus vaste que ne lui permettraient ses propriétés de tissu, pendant l'inspiration, la tendance au resserrement deviendra de plus en plus énergique et ses effets d'autant plus marqués. Un de ces effets consiste à attirer du côté de la cavité pleurale les parois qui l'entourent. Or, en envisageant ces parois, il est

(1) Voir les nos 2 et 7 du *Progrès Médical*.

facile de voir que le côté inférieur, constitué par le diaphragme et le côté extérieur composé de la portion osseuse et cardilagaucheuse de la poitrine, loin de se laisser déprimer pendant l'inspiration, s'écartent au contraire, puisqu'ils sont les agents de la dilatation du poumon ; le côté supérieur s'affaisse légèrement au niveau du creux sus-claviculaire ; reste le côté interne constitué par la lame correspondante du médiastin, membrane molle et mobile. Si, comme il est aisé de le comprendre, chacune de ces deux lames est entraînée vers la cavité pleurale correspondante, elle s'éloignera de celle du côté opposé et agrandira ainsi le médiastin dans le sens transversal.

Nous pouvons donc dire avec Bérard que, si pendant l'inspiration, le médiastin se trouve agrandi dans tous ses diamètres, c'est grâce à l'élasticité pulmonaire. Qu'on ouvre la poitrine d'un animal, et aussitôt que les poumons sont affaissés, les plus grands efforts d'inspiration ne pourront plus produire la dilaation du médiastin.

Bérard, en découvrant l'influence de l'élasticité pulmonaire sur la dilatation du médiastin et par là sur l'aspiration thoracique tenait donc la vraie solution des expériences dans lesquelles Barry avait observé l'appel continu du liquide dans la poitrine ; car si l'élasticité pulmonaire, propriété physique et constante, n'est pas entièrement satisfaite, même dans le cas le plus défavorable, c'est-à-dire dans les expirations extrêmes, son effet d'attraction sur les lames du médiastin et et la tendance au vide dans l'intérieur de cette cavité devront être regardés comme des phénomènes constants, l'inspiration ne faisant que les rendre plus apparents. Cependant, Bérard s'en tint aux conclusions de Barry, et quoiqu'il se rendît très-bien compte des effets mécaniques de l'élasticité du poumon, il n'osa pas affirmer la continuité de l'aspiration thoracique.

§ 7. Mesure de l'élasticité pulmonaire.

Nous pouvons regarder comme établi que l'élasticité pulmonaire est la cause la plus importante de l'aspiration thoracique ; il convient donc de connaître exactement sa puissance et ses modifications.

Carson avait déjà fait des expériences pour évaluer la force élastique des poumons et trouvé qu'elle contrebalançait le poids d'une colonne d'eau d'un pied à dix-huit pouces de hauteur chez le veau, le mouton et le chien de haute taille.

Donders, qui a mesuré au moyen du manomètre les variations de la puissance rétractile du poumon, a apporté dans l'étude de cette question toute la précision désirable.

Il a mesuré l'élasticité pulmonaire sur le cadavre, sur les poumons isolés de la poitrine, enfin chez l'animal vivant.

Sur le cadavre, il met à nu la trachée, passe un fil entre ce conduit et l'œsophage, puis, coupant transversalement la trachée à sa partie supérieure, il y introduit un tube de verre muni d'un bouchon sur lequel il fixe fortement les parois du conduit aérien en ramenant en avant les chefs du lien passé derrière elle et en les arrêtant par un double nœud.

L'opérateur met alors le tube de verre en communication avec un manomètre au moyen d'un intermédiaire en caoutchouc également fixé avec soin à ses deux extrémités. De cette manière, l'air renfermé dans les poumons, la trachée et les tubes de l'appareil se trouve renfermé dans un espace clos qui ne peut s'agrandir ou se rétrécir qu'en faisant mouvoir le liquide du manomètre. Si l'on fait alors une ouverture à la paroi thoracique, les poumons reviennent sur eux-mêmes, compriment l'air qu'ils contiennent et l'amènent à une pression que mesure la différence de niveau qui se produit dans le liquide du manomètre. Cette pression est la mesure de la force de rétractilité du poumon, c'est-à-dire de son élasticité lorsqu'on expérimente sur le cadavre. Dans ces conditions, Donders trouve que la pression varie entre 3 et 8 centim. d'eau.

Donders a alors recherché quelles étaient les modifications de l'élasticité pulmonaire dans des poumons enlevés de la cavité thoracique et soumis à différents degrés de dilatation. Il se servait pour cela de l'appareil précédent auquel il ajoutait simplement un tube en T qui permettait à la fois la communication avec le manomètre et avec une pompe foulante.

Au moyen de cette pompe il insufflait successivement dans l'intérieur du poumon des quantités égales d'air, de manière à placer l'organe à tous les degrés de dilatation. La pression augmentait d'abord lentement pour une certaine quantité d'air insufflé ; mais lorsqu'on se rapprochait de la plus grande dilatation possible des poumons, l'élasticité augmentait bien plus rapidement et acquérait une grande puissance.

La pression arrivait alors jusqu'à 24 cent. d'eau et pouvait même atteindre des chiffres encore plus considérables.

Chez l'animal vivant, le volume du poumon diminue beaucoup plus que sur le cadavre lorsqu'on ouvre le thorax ; il existe donc dans ce cas une autre force qui agit dans le même sens que l'élasticité pulmonaire, c'est la tonicité des fibres lisses du poumon.

Donders, en répétant ses expériences sur l'animal vivant a trouvé que la force musculaire moyenne des poumons pouvait être évaluée à une pression de 2 cent. d'eau.

Donders conclut de ces expériences que la rétractilité du poumon, résultat des deux conditions, la tonicité musculaire et l'élasticité, peut être évaluée à une pression de 7 mm, 5 de mercure après l'expiration normale, à 9 mm. après l'inspiration normale, enfin à 30 mm. et même à 50 mm. après une inspiration aussi profonde que possible et avec des poumons sains.

Si nous appliquons ces données au mécanisme de la dilatation du médiastin, nous pouvons conclure comme Donders que les poumons en raison de leur rétractilité empêchent à la pression atmosphérique de s'exercer tout entière sur les organes renfermés dans le médiastin ; que, par conséquent une pression négative s'exerce à la surface de ces organes ; enfin que cette pression, d'autant plus basse que les poumons se dilatent plus, a une influence plus marquée pendant l'inspiration que pendant l'expiration.

Pour nous résumer, nous pouvons donc dire que dans les conditions habituelles de la respiration, et du fait de la rétractilité pulmonaire, une pression négative variant entre 7 mm. 5 et 9 mm. de mercure tend continuellement à dilater le médiastin et les organes qui y sont contenus.

§ 8. Influence de la pression de l'air contenu dans le poumon sur la dilatation du médiastin.

Lorsque nous avons mesuré la hauteur et les variations de la pression négative que la rétractilité pulmonaire maintient autour des organes du médiastin, nous avons supposé que l'air contenu dans l'intérieur du poumon était toujours à la pression atmosphérique c'est-à-dire au zéro manométrique; or cette pression varie avec les deux temps de la respiration; de plus ces variations augmentent avec la fréquence de la respiration et surtout avec la résistance que rencontre l'air pour traverser les conduits aériens.

Barry avait déjà vu que les mouvements du liquide dans son appareil étaient plus étendus lorsqu'on apportait une gène à l'entrée et à la sortie de l'air.

Valentin et Hutchinson ont mesuré à l'aide du manomètre à mercure appliqué aux fosses nasales la tension élastique de l'air contenu dans la poitrine, et ils évaluent à 5 mm. de mercure l'abaissement de pression que cet air présente pendant une inspiration normale.

Donders a étudié cette question avec beaucoup plus de détails. Il a trouvé que pendant les mouvements respiratoires ordinaires, la différence entre la pression atmosphérique et celle de l'air contenu dans le poumon est de 1 mm. à 3 mm. de mercure. Il existe donc, d'après lui dans l'intérieur du poumon, pendant tout le temps de l'inspiration, une pression négative de 1 mm. à 3 mm. et pendant tout le temps de l'expiration une pression positive de 1 mm. à 3 mm. de mercure. Cette différence de pression devient plus importante quand les mouvements respiratoires deviennent plus rapides ; elle devient encore bien plus forte si l'on ferme la bouche ou les narines de manière que la respiration ne puisse s'effectuer qu'avec de grands efforts. Par ce moyen, on atteint pendant l'inspiration une pression négative de 36 à 74 mm. et pen-

dant l'expiration une pression positive de 82 mm. à 100 mm. de mercure.

Pour mesurer la pression négative qui tend à dilater le médiastin et les organes qu'il contient, il faut donc faire la somme de ces deux conditions; rétractilité pulmonaire et pression de l'air intérieur du poumon.

Pendant l'inspiration la pression négative de l'air intérieur doit s'ajouter à la pression négative qui résulte de la rétractilité pulmonaire; et il est facile de voir que c'est à la fin de l'inspiration, lorsque la rétractilité pulmonaire est arrivée à son maximum que la somme des deux conditions est la plus forte. En prenant les chiffres de Donders, nous obtenons comme mesure de la pression négative qui s'exerce sur le médiastin à la fin de l'inspiration — 12 mm.

Pendant l'expiration on doit au contraire retrancher la pression positive de l'air intérieur de la pression négative dûe à l'élasticité pulmonaire; on trouve alors que la pression négative minima s'exerce sur le médiastin à la fin de l'expiration et qu'elle peut être évaluée alors à 7 mm, 5 moins 3 m.m. c'est à-dire à — 4 mm. 5.

Nous verrons que c'est aussi à ces deux moments de la respiration que les tracés indiquent le maximum et le minimum de la pression du sang dans les vaisseaux.

CONCLUSIONS.

La cavité thoracique exerce une action spéciale sur la circulation du sang. Cette action qu'on désigne sous le nom d'aspiration thoracique n'est qu'un dérivé du rôle mécanique plus général attribué à la poitrine dans la fonction de la respiration. Elle consiste à abaisser la pression dans tout le système vasculaire thoracique et à faciliter ainsi le cours du sang.

La puissance qui produit l'aspiration thoracique réside dans la résistance que la cage thoracique oppose au dehors à la pression atmosphérique et en dedans à la rétractilité du poumon.

Cette puissance est transmise par l'intermédiaire de la rétractilité pulmonaire sur les deux parois latérales du médiastin qui se trouvent ainsi constamment attirées en sens inverse l'une de l'autre vers la cavité pleurale correspondante. Toutes les autres parois du médiastin étant incompressibles, cette cavité se trouve dans un état de tension permanente et les organes qui y sont contenus sont sollicités à rester béants et dilatés tant qu'une condition plus puissante ne les force pas à revenir sur eux-mêmes.

La dilatation du médiastin et par là l'aspiration thoracique varie avec la puissance de rétractilité du poumon et en sens inverse de la pression de l'air contenu dans cet organe. Elle augmente avec l'inspiration, diminue avec l'expiration et ces variations sont d'autant plus grandes que les mouvements respiratoires sont plus amples, plus rapides et accompagnés d'un effort plus considérable des muscles qui les produisent. Les grands efforts expiratoires peuvent même l'abolir complétement.

L'aspiration thoracique s'exerce directement dans toutes les parties du système vasculaire contenues dans le médiastin et sur les vaisseaux incompressibles qui communiquent avec cette cavité.

Elle s'étend par conséquent, pour le système veineux, jusque dans les ramifications des veines sus-hépatiques, dans la veine-cave abdominale jusqu'au dessous du foie et dans la veine cave thoracique jusqu'à l'origine des vaisseaux brachio-céphaliques.

Elle peut, même dans certains cas, par la tension des muscles et des aponévroses du cou, prolonger son action beaucoup plus haut et peut-être jusque dans les sinus du crâne.

Pour le système artériel, elle agit sur l'aorte thoracique, l'origine des artères du bras et de la tête.

Quant à son action sur les vaisseaux de la petite circulation, on ne l'a jamais déterminée directement, on peut seulement supposer qu'elle ne s'exerce que sur l'origine des artères et des veines pulmonaires contenues dans le médiastin, jusqu'à la racine des poumons.

La partie de ces vaisseaux comprise dans le poumon étant soumise directement à la pression atmosphérique à travers la paroi des vésicules pulmonaires et des bronches ne doit subir que les variations de pression de l'air contenu dans le poumon et non celles de l'élasticité pulmonaire.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux (1).

Par Henri **DRANSART**, interne des hôpitaux de Paris.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — PATHOGÉNIE.

Qu'il nous soit permis d'exposer comment nous comprenons la pathogénie de ces lésions. Cet homme a eu la blennorrhagie. Quelle en a été la durée? A quelle date remonte-t-elle? Il est à regretter que nous n'ayons pas pris cette observation avec plus de soin afin de répondre à ces questions. Mais peu importe, ces renseignements ne sont que secondaires pour le sujet que nous traitons.

La blennorrhagie a laissé des traces d'une part sur la muqueuse, et d'autre part dans le tissu spongieux.

Les lésions de la muqueuse sont peu importantes: une grande pâleur, quelques plis transversaux très-légers donnant lieu à la variété de rétrécissements que l'on a désignés sous le nom de rétrécissements valvulaires, telles sont les particularités qu'elle offre. Il faut ajouter cependant que sa largeur est diminuée dans la plus grande partie du canal. En effet, ce canal est notablement rétréci, et la muqueuse n'offre aucun pli d'arrière en avant, preuve évidente que le tissu de la muqueuse s'est modifié dans sa constitution intime.

Les lésions les plus importantes et sur lesquelles nous voulons surtout attirer l'attention, sont celles que nous avons décrites dans l'épaisseur du tissu spongieux. Comment expliquer de telles altérations? Comment se peut-il que le tissu spongieux, formé essentiellement de vacuoles arrive au point de se transformer en un tissu plein, dur et fibreux, blanchâtre ici, ailleurs noirâtre, épaissi, et subissant les métamorphoses de la nécrobiose? Pour nous, la question paraît résolue, et la pathogénie de ces faits observés au niveau du canal de l'urèthre, nous est fournie par des données d'anatomie pathologique générale, aujourd'hui parfaitement établies.

Cette donnée est la suivante: Toute inflammation chronique tend à l'hyperplasie du tissu fibreux, telle la pneumonie chronique, la sclérose de la moelle, la cirrhose du foie, etc., etc.. Cette hyperplasie du tissu fibreux a pour effet de détruire le tissu normal (éléments constitutifs de ce tissu et vasularisation propre). En outre, il se fait en même temps une nouvelle vascularisation chargée de nourrir le nouveau tissu; les vaisseaux en sont très-peu abondants et peu résistants.

Voilà ce que dit la physiologie pathologique générale; nous ajouterons que la fonction spéciale de l'organe, siége du travail morbide, nous donne la raison des transformations ultérieures de ce tissu fibreux pathologique.

Ces transformations ultérieures forment une seconde phase dans le travail morbide, on pourrait l'appeler sclérose ou cirrhose régressive, le mot cirrhose étant pris dans son acception générale. Cette seconde phase appartient à certains tissus seulement.

Elle ne se voit pas, par exemple, dans le foie, ni dans la moelle. On la rencontre dans le poumon, on la voit aussi dans les cicatrices des membres inférieurs et tel est, soit dit en passant, le mécanisme de l'ulcération au niveau des cicatrices, du moins dans beaucoup de cas.

C'est à cette seconde phase qu'appartiennent les lésions que nous avons décrites à la partie postérieure de la portion spongieuse du canal de l'urèthre.

Nous rapprochons ici très-volontiers, les phénomènes morbides qui se passent dans le tissu pulmonaire et le

(1) Voir les n[os] 1, 2 et 4 du *Progrès Médical*.

tissu spongieux de l'urèthre. Il y a, en effet, une grande analogie de tissu: de part et d'autre, ce sont des alvéoles qui les constituent; seulement ici les alvéoles contiennent de l'air, là du sang. Malgré cette différence le résultat du travail cirrhotique est le même, il aboutit des deux côtés à la disparition des alvéoles.

Nous venons de dire que dans ces deux tissus l'on voyait survenir une seconde période que nous avons désignée, faute de mieux, sous le nom de cirrhose régressive (nous ne tenons pas à cette dénomination).

La période régressive dont le poumon correspond aux lésions produites dans la pneumonie chronique des aiguiseurs; elle porte le nom, dans la science, de phthisie des aiguiseurs.

Pour le canal de l'urèthre cette période se manifeste par les lésions que nous avons décrites à la partie postérieure de la portion spongieuse du canal; elles correspondent selon nous à ce que l'on a désigné sous le nom de tumeur urineuse, d'abcès urineux; du moins à la grande partie de ces tumeurs et de ces abcès; nous allons du reste envisager plus loin ce dernier sujet avec plus de détails.

On pourrait à la rigueur désigner ces diverses lésions sous le terme de phthisie du tissu spongieux de l'urèthre, mais cette dénomination serait impropre et nous ne l'employons que pour pousser la comparaison plus loin.

Dans la pneumonie chronique des aiguiseurs, la cause efficiente de la période régressive est palpable. Les particules inorganiques logées dans l'épaisseur du tissu y forment épine, corps étranger; il y a irritation et prolifération des éléments de ce tissu péri-vasculaire; ces éléments ne pouvant se nourrir subissent la dégénérescence graisseuse, il y a nécrobiose et ulcération. L'explication est plausible ici, mais pour le canal de l'urèthre la cause productrice n'apparaît pas avec autant d'évidence.

Pour saisir cette cause il faut d'une part se reporter à la vascularisation du tissu cirrhotique: vaisseaux peu nombreux et peu résistants; et de l'autre, prendre en considération les fonctions de l'organe malade, c'est le coït et tout acte qui comporte avec soi une congestion active du tissu spongieux de l'urèthre.

Si maintenant nous rappelons l'état du tissu spongieux de l'urèthre chez notre malade nous nous convaincrons que la partie antérieure du tissu spongieux pouvait seule subir la dilatation due à l'afflux sanguin dans les circonstances où ce phénomène devait se produire. Le reste du tissu était devenu imperméable; il donnait seulement passage à quelques artérioles de nouvelle formation par lesquelles l'afflux du sang à la partie antérieure pouvait encore se faire. Or, lorsque cet afflux avait lieu, la colonne sanguine dont la tension était augmentée momentanément, au lieu d'être portée par des artères à tuniques résistantes et offrant une disposition en hélice de manière à augmenter leur résistance, se trouvait contenue dans des vaisseaux de calibre insuffisant et à parois faibles. Ces parois cédaient sous la forte pression du sang et il se faisait une hémorrhagie, hémorrhagie qui pouvait se répéter dans des circonstances analogues. Les expériences de Muller donnent un grand appui à notre théorie. Muller en effet a démontré que le sang accumulé dans le pénis pendant l'érection est soumis à une pression égale à une colonne d'eau de six pieds de haut.

Le fait important à signaler c'est la possibilité d'une hémorrhagie dans l'épaisseur de ce tissu fibreux. Notre cas en fait foi. En outre la nécrobiose, la mortification des parties périphériques de la zone infiltrée de sang attestaient l'insuffisance de la circulation, et, par le fait, l'insuffisance de la nutrition à ce niveau.

Le sang épanché avait-il agi par simple compression ou bien, par les particules solides qui infiltraient les mailles du tissu fibreux avait-il agi à l'instar des particules organiques dans la pneumonie chronique des aiguiseurs? Nous croyons que l'un et l'autre de ces mécanismes peuvent être invoqués. Dans ce cas, le travail se fait lentement d'une façon chronique, c'est alors qu'on pourrait dire qu'il y a phthisie uréthrale. Le sang joue donc pour l'urèthre le rôle que jouent les particules inorganiques pour le poumon.

Dans notre fait, l'hémorrhagie a été interstitielle. Le sang ne pourrait-il s'y réunir en foyer? rien ne s'y oppose ce nous semble, l'urèthre n'a pas le droit de faire exception à une règle commune. La marche du foyer hémorrhagique doit forcément être la même à ce niveau que dans les autres tissus: poumons, cerveau, etc., etc. Dès lors ou bien le sang épanché se résorbera complètement, ne laissant d'autres traces de son passage qu'une légère teinte jaunâtre; ou bien il produira presque aussitôt des phénomènes inflammatoires et amènera la suppuration; ou bien encore après un séjour prolongé il n'amènera que plus tard la formation du pus comme nous l'avons observé; ou bien enfin la partie solide du sang sera résorbée, et il restera un kyste séreux hématique.

Toutes ces notions sont de la plus haute importance pour l'étude des tumeurs et abcès urineux, sur laquelle elles jettent un certain jour comme nous allons essayer de le démontrer dans le reste de ce mémoire.

(A suivre.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Exercice de la médecine en France par les médecins étrangers.

Cette question intéressante a été examinée récemment par la *Société de médecine* du VIII[e] arrondissement. A la suite d'une discussion sérieuse, cette société a jugé utile d'adresser à l'Assemblée nationale une pétition dont voici les conclusions:

1° Que, sans porter atteinte à des droits *légitimement* acquis, aucun médecin étranger ne puisse être admis à pratiquer la médecine en France sans avoir passé au préalable des examens probatoires devant une faculté française; 2° Que cette autorisation soit précédée d'un rapport favorable adressé au ministre compétent par la faculté devant laquelle le postulant a été admis à se présenter; 3° Qu'aucun médecin ne puisse prendre le titre de docteur, à moins que le titre ne lui ait été conféré par une faculté française.

Il est probable que l'envoi de cette pétition a été motivé par la facilité quelque peu exagérée avec laquelle, sous l'empire, on accordait aux médecins étrangers l'autorisation d'exercer la médecine en France. Ces réclamations méritent l'examen. En effet, tant que l'Etat-Enseignant exigera des citoyens français, qui veulent exercer la médecine, un impôt sous le nom d'inscriptions ou de droits d'examen, il est juste que les étrangers qui veulent jouir des mêmes prérogatives paient ce même impôt.

D'un autre côté, tant que l'Etat, se posant en gardien de la santé publique, jugera nécessaire d'exiger des garanties de savoir des personnes qui se destinent à la pratique médicale, il est logique qu'il les réclame également des étrangers. A la règle absolue peut-être y aurait-il lieu d'apporter des adoucissements, par exemple la dispense des inscriptions et des examens de fin d'année, pour les médecins étrangers qui auraient obtenu leur diplôme dans des pays possédant des universités sérieuses, qui accepteraient la réciprocité dans des conditions égales.

Quant à la dernière conclusion de la pétition, elle est de moindre importance. Qu'un officier de santé se procure, de façon ou d'autre, un diplôme de docteur à l'étranger, il n'en doit pas moins rester, au point de vue français, simplement officier de santé. Mieux vaudrait, croyons-nous, demander qu'il n'y ait qu'une espèce de médecins, de même qu'il n'y a qu'une espèce de malades.

Cela sera possible le jour où nous posséderons, à côté

d'un enseignement médical *supérieur* sérieux, un véritable enseignement médical *professionnel*. Mais ce sont-là des questions qui méritent une étude approfondie; aussi nous bornons-nous, aujourd'hui, à ces simples réflexions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 *juillet*. — PRÉSIDENCE DE M. CLAUDE BERNARD.

M. HANOT communique à la société deux observations recueillies. l'une par M. Joffroy et l'autre par lui. Elles ont trait à une hydropisie du 4e ventricule, constatée chez des malades morts subitement.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme observée dans le service de M. Charcot. Tombée sans connaissance, elle fut transportée à l'infirmerie. Elle eut de légères convulsions et mourut au bout d'une heure. A l'autopsie, on trouva outre une hypérémie de la pie-mère, une dilatation du quatrième ventricule, dont les parois étaient écartées par une grande quantité de liquide. L'épendyme qui les tapissait était très-épaissie. Les ventricules latéraux présentaient aussi une légère dilatation, mais à un degré bien moindre.

La deuxième observation a été prise dans le service de M Bucquoy. Jeune fille de 17 ans, entrée avec des signes de méningite. Les accidents s'apaisent. Elle put quitter l'hôpital. Elle y revient avec des signes analogues aux précédents ; ces signes s'apaisent encore. Ils renaissent de nouveau, lorsque le 10 juillet, peu de temps après avoir tranquillement causé avec ses voisines, on la trouva morte. A l'autopsie, hypérémie légère des méninges, dilatation du quatrième ventricule, hydropisie, épaississement de l'épendyme, compression de la protubérance et du bulbe. Sérosité plus abondante qu'à l'ordinaire, dans les ventricules latéraux.

Ces deux observations peuvent être rapprochées. Dans les deux cas, même lésion; dans les deux cas, mort rapide. Elle a sans doute été provoquée par la compression du bulbe, ce que sembleraient prouver la plus grande rapidité du pouls, la fréquence de la respiration, sans élévation de la température. L'hydropisie en outre, et ceci expliquerait la rapidité de la mort, aurait pu être hâtée par l'hypérémie des méninges, que l'autopsie a permis de constater.

M. HAYEM. Je désirerais savoir si les malades urinaient abondamment. J'ai, pendant le siége, fait l'autopsie de deux polyuriques, et dans les deux cas, j'ai rencontré une sclérose très-nette de l'épendyme qui tapisse le plancher du quatrième ventricule. Cette sclérose, d'aspect gélatiniforme , s'étendait du bec du calamus aux barbes du nerf auditif.

M. HANOT répond que dans le cas qui lui est personnel, il existait plutôt de la dysurie.

M. MAGNAN fait remarquer que dans les cas de sclérose épendymaire qui se rencontrent assez fréquemment sur le plancher du quatrième ventricule, chez les paralytiques généraux, on ne constate ni polyurie, ni glycosurie, ni albuminurie.

M. LIOUVILLE. Du reste, les lésions qui produisent la glycosurie, se trouvent au-dessus des origines du nerf auditif. J'en ai déjà observé deux cas. L'un des deux a été publié dans nos bulletins.

M. RABUTEAU. Ma communication a trait à une discussion récente, que j'ai eue ici-même, avec M. Bouchard; il s'agit de l'influence de l'alimentation sur l'élimination de l'urée.

L'urée provient-elle de la désassimilation de nos tissus ou bien des aliments brûlés dans le torrent circulatoire ? La première opinion, encore généralement adoptée, ne me paraît pas exacte. J'ai, avec soin, dosé mon urine pendant mon concours d'agrégation, alors, certes, que je travaillais sérieusement.

Eh bien ! j'ai toujours constaté que, tandis que mon urine recueillie après le repas contenait 4 à 5 grammes d'urée, celle du matin en possédait à peine 2 ou 3.

J'ai eu à examiner l'urine d'une religieuse; je fus tout étonné de ne trouver que 8 grammes d'urée, mais j'eus l'explication d'une telle pauvreté lorsqu'elle m'eut dit que la veille elle avait fait abstinence.

Non ! l'urée ne provient pas surtout de la désassimilation de nos tissus ; elle se forme dans le sang, aux dépens des matériaux alimentaires ; ainsi, des chiens nourris avec du pain en fourniront à peine, tandis que si on leur donne de la viande, la quantité excrétée sera beaucoup plus abondante. Et voilà pourquoi la plupart des analyses pratiquées dans nos hôpitaux, et je parle de dosages bien faits, sont-elles entachées d'erreur, car les médecins n'ont pas cru devoir tenir compte de l'alimentation. C'est une lacune telle, que pour ma part, elle frappe de nullité le résultat quel qu'il puisse être.

Sur la proposition de *M. Carville*, la société à l'unanimité, se proroge du 1er août au samedi, 4 octobre. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *juillet*. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

Discussion sur la réorganisation du service de santé de armées.

M. DUMAS, absent, fait lire son discours par M. Buignet. L'orateur est d'accord avec la Commission pour retirer à l'intendance la direction du corps de santé, mais il ne croit pas qu'on doive pour cela subordonner la pharmacie à la médecine. Après un long éloge de la pharmacie et des pharmaciens, il arrive à la conclusion suivante que les deux branches du corps de santé doivent exister côte à côte avec leurs chefs respectifs dans un même ordre hiérarchique.

M. CHAUFFARD demande avec insistance la clôture et désire qu'on mette aux voix les conclusions du rapport. Cette motion est appuyée par plusieurs membres et notamment par M. Béhier.

MM. GAUTIER DE CLAUBRY et POGGIALE demandent à parler contre la clôture.

M. BOULEY, pour tout concilier, demande que la clôture soit prononcée à la fin de la séance seulement.

M. CHASSAIGNAC demande à ce qu'on se rallie à la proposition de M. Bouley. — La clôture est mise aux voix. 23 Membres votent pour ; 23 membres votent contre. Devant un tel vote, le Président déclare que la discussion va continuer. L'ordre d'inscription donne la parole à M. BONNAFONT qui soutient les droits et les prérogatives des pharmaciens.

M. SEDILLOT démontre combien la direction du corps de santé par l'intendance est préjudiciable aux intérêts et au bien-être des malades et des blessés, il importe donc de s'en affranchir au plus vite, et cela amène forcément la subordination de la pharmacie à la médecine. Quant aux mérites et aux capacités des pharmaciens militaires, personne n'a songé à les nier, l'orateur moins que tout autre.

M. GAUTIER DE CLAUBRY monte à la tribune pour soutenir les pharmaciens, mais, sur quelques observations du Président, il renonce à la parole. MM. Chauffard et Giraldès font de même.

M. POGGIALE vient réfuter quelques assertions de M. Sédillot, notamment que les pharmaciens militaires ne préparaient pas les médicaments et les recevaient tous préparés des pharmacies centrales. Les médecins veulent, disent-ils, la subordination des pharmaciens uniquement pour le bien du service et non pour satisfaire une vaine ambition. L'orateur a bien de la peine à le croire. Quoi qu'il en soit, un tel état de choses amènerait la ruine de la pharmacie militaire.

Après de courtes répliques de MM. Legouest et Larrey, la clôture de la discussion, réclamée de nouveau, est mise aux voix et adoptée à la presque unanimité. G. de B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *mai*. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Ivresse. — Fracture du crâne. — Hémorrhagie méningée. — Fausse membrane tapissant la dure-mère. — par L. LANDOUZY.

Dubut Nicolas, 74 ans, sans profession. est trouvé sans connaissance dans son escalier et apporté, dans la soirée du

20 mai 1873 à Beaujon, service de M. Axenfeld suppléé par M. Lecorché. Le malade est en résolution complète. Le pouls est petit, régulier, fréquent. Les radiales sont dures et sinueuses. La respiration est stertoreuse. Les pupilles, également dilatées, sont insensibles; arc sénile très-accusé. Diagnostic : hémorrhagie cérébrale.

Le malade meurt dans la matinée du 21.

A l'autopsie, on est surpris de trouver les fibres du muscle temporal gauche infiltrées de sang : on n'avait, durant la vie, constaté aucune ecchymose ni du côté de la tête ni du côté des membres.

Cette hémorrhagie intra-musculaire constatée, le cuir chevelu est examiné attentivement et apparaît infiltré dans toute la région temporale gauche.

Le crotaphite enlevé, on tombe sur une félure, intéressant toute l'épaisseur de l'os, commençant sur la portion écailleuse du temporal et se continuant sur le pariétal en se portant un peu obliquement de bas en haut et en arrière jusqu'à deux centimètres de la partie moyenne du bord postérieur du pariétal.

La calotte crânienne enlevée par un trait de scie, on voit que la dure-mère n'est déchirée en aucun point et qu'il n'y a pas d'épanchement entre elle et les parois osseuses.

Par décollement de la dure-mère, on voit que la félure s'étend du côté de la base du crâne jusqu'à la grande aile du sphénoïde.

Le lobe gauche du cerveau est fortement refoulé en dedans par un caillot du volume d'un gros œuf de poule. Ce caillot se continue vers la faux du cerveau et vers l'étage moyen du crâne avec une infiltration diffuse. Cet épanchement s'est manifestement fait dans la cavité arachnoïdienne, entre l'arachnoïde et la face interne de la dure-mère. Cette face est tapissée dans toute son étendue par une fausse membrane rouge-brun, très-tenue, transparente, qu'on enlève. avec les pinces, par petits lambeaux. Cette fausse membrane qui forme un revêtement absolument complet à la dure-mère, qui la tapisse dans les portions qui correspondent à la convexité du crâne aussi bien que dans les portions correspondant à la base, cette fausse membrane est notablement plus épaisse dans tout le côté gauche de la dure-mère : de ce côté, dans la région comprise entre la faux du cerveau et la base du crâne, on peut décoller tout d'une pièce une très-large fausse membrane épaisse d'un demi-millimètre dans laquelle se voient de petits vaisseaux.

Cette fausse-membrane lisse, ecchymosée en aucun point, assez résistante, paraissant formée d'une seule couche, est semblable aux fausses membranes qu'on trouve dans la pleurésie ou dans la péritonite récente.

Elle correspond, par sa face externe à la dure-mère et par sa face interne au gros caillot cruorique qui refoule l'hémisphère gauche.

Sur celui-ci, la pie-mère et l'arachnoïde sont infiltrées : les vaisseaux de la pie-mère, fort injectés sont déchirés en quelques points sans que nous puissions dire si cette rupture est le fait même de la contusion ou le fait des tiraillements exercés sur les caillots et les méninges pour mettre à nu le cerveau.

L'examen des lobes cérébraux ne décèle qu'une apoplexie capillaire (contusion) très-marquée de la substance grise et des parties les plus superficielles des régions supérieure et latérale de l'hémisphère gauche.

Les artères, de la base athéromateuses, ne sont ni déchirées ni obstruées en aucun point.

Cœur : gras. La valvule mitrale, épaissie, paraît suffisante. Athéromes de la crosse aortique. Poumons : fortement congestionués. L'appareil digestif n'a pu être examiné.

En l'absence de tous renseignements, en présence des lésions trouvées à l'autopsie, nous nous étions demandé si nous n'avions pas à faire à un crime ou, tout au moins, à un accident : à une fracture directe du crâne par choc de la région temporo-pariétale. Cette fracture aurait entraîné une contusion du cerveau avec déchirure de quelques petits vaisseaux de la pie-mère, lesquels auraient fourni l'hémorrhagie méningée.

Dans cette hypothèse, les fausses-membranes auraient succédé à l'hémorrhagie et on s'expliquerait ainsi pourquoi le revêtement pseudo-membraneux était notablement plus épais à gauche qu'à droite où n'existait pas de caillot.

Peut-on admettre cette manière de voir (en contradiction, nous le savons, avec les données reçues généralement) ou supposer que nous nous trouvons en face d'une pachyméningite, laquelle aurait produit une hémorrhagie; celle-ci, à son tour, aurait déterminé une perte de connaissance, par suite, la chute du malade et, consécutivement, causé la fracture ?

Nous croyons ici l'hésitation permise : l'état lisse du revêtement pseudo-membraneux, l'absence d'ecchymose, l'apparence monolamelliforme ne rappellent guère l'état tomenteux et aréolaire de la pachyméningite primitive dont nous avons récemment (1) rapporté une observation.

Il est vrai que les renseignements fournis sur le malade nous ont appris que nous avions à faire à un alcoolique de profession. Nous devons ajouter que jamais cet homme n'aurait été malade ni même souffrant auparavant. Le jour de l'accident, il aurait été vu ivre.

Il nous semble rationnel d'admettre, que le malade, pris de vin, soit tombé dans son escalier, non par le fait de l'hémorrhagie mais par le fait de l'ataxie ébrieuse, que, dans sa chûte, il se soit fait, en dépit du dieu des ivrognes, une fracture avec contusion du cerveau, celle-ci assez forte pour entraîner la rupture de quelques vaisseaux de la pie-mère (scléreux par le fait de l'âge et de l'alcoolisme) et, par suite, une hémorrhagie méningée. Celle-ci aurait été le point de départ de l'irritation de la dure-mère et de la formation de ce revêtement membraneux dont la pathogénie nous paraît, dans l'espèce, mériter discussion.

M. Lépine. Les cas de fracture du crâne où il y a des fausses membranes sont assez communs. En pareille circonstance, les lésions du cerveau ont lieu du côté opposé à la chûte : elles se font par contre-coup. J'ai vu dans le service de M. Sée un cas qui pourrait être rapproché de celui de M. Landouzy. On crut d'abord avoir affaire à une apoplexie : le malade était dans la résolution, au moment de l'entrée; le lendemain, il y avait une hémiplégie. La mort survint 28 ou 30 heures après l'accident. A l'autopsie, on découvrit : 1° une fracture n'intéressant que la table externe et qui paraissait avoir été produite par un coup; 2° une méningite purulente.

M. Landouzy. Chez mon malade les fibres du muscle temporal étaient infiltrées de sang; il y avait une ecchymose : ce sont là des lésions qui font penser à une fracture directe.

M. Lépine. La plaie des téguments, qui existait dans mon cas, ne laisse aucun doute sur la cause de la fracture.

M. Ledentu pense que, dans le fait de M. Landouzy, l'hémorrhagie s'est opérée à la face interne de la dure-mère; eh bien, dans les fractures, elle s'effectue, en général, entre la dure mère et les os. M. Lépine me semble avoir été trop absolu en ce qui concerne le siége des lésions cérébrales. Souvent il y a une double lésion : 1° du côté opposé à la fracture; 2° du côté de la chûte.

M. Lépine croit, d'une façon générale et pour les fractures des parties latérales du crâne en particulier, que les lésions encéphaliques occupent le côté opposé à la fracture. Parfois il y a même une lésion qui simule une section : elle est produite par la petite aile du sphénoïde. Un auteur anglais a relaté un fait où cette particularité était évidente.

M. Ledentu Autant que mes souvenirs peuvent me servir, j'ai des faits dans lesquels les lésions siégeaient du côté même de la fracture.

M. Charcot. Il serait intéressant d'avoir une statistique précise sur ce point. M. Lépine me paraît avoir les éléments nécessaires pour l'établir.

M. Desprès fait remarquer que M. Lépine a omis de parler des cas où l'on pratique la trépanation. Or, cette opération se fait du côté de la chûte et lorsqu'elle est opérée, on trouve des lésions cérébrales.

M Landouzy. Dans le cas actuel, l'apoplexie capillaire était plus marquée du côté de la lésion osseuse.

M. Magnan dit que très-souvent on trouve des fausses membranes chez les alcooliques et les paralytiques généraux. Ces fausses membranes se font vite. Il a eu l'occasion de présenter naguère à la Société des cas de fracture avec des fausses membranes entourant le sang. Ces fausses membranes s'étaient produites en 48 heures.

M. Lépine. Dans le fait que je viens de signaler, il y avait une fausse membrane mince, molle qui s'était faite en 30 heures.

M Landouzy. Sur la pièce que je présente, il y a des fausses membranes des deux côtés, mais celle qui correspond au côté de la fracture est plus épaisse.

M. Magnan. Les néo-membranes qui donnent lieu à des hémorrhagies sont plus épaisses que celles que nous avons sous les yeux ; elles présentent

(1) Société anatomique, 1872. Volume 7. Page 520.

des foyers sanguins dans leur épaisseur. Celles qui environnent un foyer hémorrhagique sont au contraire minces.

M. Charcot. On sait que les fausses membranes se font assez vite autour des foyers hémorrhagiques, mais encore faut-il environ 5 ou 6 jours. Ici la fausse membrane possède des vaisseaux assez volumineux qui me portent à croire qu'elle est antérieure à la fracture.

MALADIES DES FEMMES.

I. — **Hystérotomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie. Étude sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération,** par J. Péan et L. Urdy. Ad. Delahaye. Paris, 1873.

Dans un mémoire communiqué récemment (1) à l'Académie de médecine, M. Boinet formulait les conclusions suivantes : « 1° La gastrotomie appliquée à l'extirpation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, ne doit point être faite pour enlever les tumeurs compatibles avec la vie; 2° l'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques volumineuses ayant contracté des adhérences avec les viscères intérieurs ou la cavité du bassin, nécessitant l'ablation de l'utérus et des ligaments larges, doit être rejetée à cause de sa gravité et de la mort presque fatale qui en est la conséquence par la spoliation sanguine considérable de toute l'économie ou le choc inséparable de cette grave opération. — Toutefois, vu la difficulté du diagnostic des tumeurs utérines et ovariques, lorsque le chirurgien fait la gastrotomie croyant avoir un kyste de l'ovaire il faut achever l'opération si la tumeur est pédiculée, ou si elle peut l'être. »

M. Péan qui, de 1869 à 1872, a eu sept guérisons sur neuf cas de tumeurs fibreuses utérines enlevées par l'hystérotomie, est loin de partager la façon de voir de M. Boinet. Après avoir démontré par des statistiques très-complètes que l'extirpation des tumeurs fibreuses utérines par la gastrotomie n'était pas beaucoup plus dangereuse que celle des kystes adhérents de l'ovaire, il insiste sur les accidents graves et rapidement mortels qui compliquent fatalement un grand nombre de tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques arrivées à un certain degré de développement. « Dans ces circonstances, disent MM. Péan et Urdy, le chirurgien a non-seulement le droit, mais encore le devoir de pratiquer la gastrotomie. » Ceci étant admis, les auteurs se livrent à une étude approfondie des tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération. Une première classe comprend les *tumeurs fibreuses* qui elles-mêmes peuvent être divisées en tumeurs *sous-péritonéales* (péri-utérines de Kœberlé) et *interstitielles* ou intra-utérines. — Les tumeurs fibro-cystiques, formant la deuxième classe, peuvent aussi être divisées en 3 groupes : 1° *corps fibreux à géode* (de Cruveilhier) 2° *tumeurs fibro-cystiques* proprement dites; 3° *kystes de l'utérus* implantés directement sur la matrice ou développés aux dépens de son parenchyme.

Un des points les plus intéressants de ce traité de l'Hystérotomie est sans contredit le chapitre consacré au Manuel opératoire, au traitement préparatoire des malades et aux soins consécutifs. — Il est inutile d'insister sur l'importance capitale que peuvent acquérir les détails, en apparence les plus futiles, dans ce genre d'opération. Nous regrettons de ne pouvoir les résumer complètement ici, mais nous devons nous borner à esquisser les points les plus saillants du manuel opératoire qui a valu à M. Péan de si légitimes succès. — Et d'abord ce chirurgien emploie une table d'opération fort commode qui lui permet d'opérer étant assis entre les cuisses de la malade; pour une opération qui peut se prolonger plusieurs heures, cette innovation nous semble fort utile.

Les temps de l'opération sont à peu près les mêmes que pour l'ovariotomie : 1er *temps* : Section abdominale de l'ovariotomie. 2me *temps* : Réduction du volume de la tumeur.

Si la ponction ne suffit pas, M. Péan emploie sa méthode par morcellement, qui consiste à traverser la partie moyenne de la tumeur par plusieurs anses métalliques que l'on serre à l'aide de serre-nœuds ordinaires, puis à exciser les parties situées au-dessus de cette ligature. — 3me *temps :* Rupture des adhérences, extraction de la tumeur. — 4me *temps* : Fixation et ligature du pédicule, excision de la tumeur.

Ici plusieurs cas peuvent se présenter.

a). La tumeur est adhérente à l'utérus par un mince pédicule; dans ce cas on se comporte comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire.

b). Le pédicule est volumineux et largement implanté sur l'utérus; ici, comme dans les cas où les rapports du néoplasme et de l'organe sont tels que l'amputation sus-vaginale est seule possible, il faut recourir à cette *amputation sus-vaginale*; celle-ci est pratiquée à l'aide du ligateur serre-nœud de Bintral appliqué sur le col préalablement traversé par des aiguilles.

c). Le col lui-même est le siége du néoplasme; dans ce cas on enlève l'utérus en totalité. Comme il est impossible alors de constituer un pédicule, on laisse les serre-nœuds en place et on les dispose à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale qui doit être prolongée jusqu'aux pubis.

5me *temps* : Toilette du péritoine et sutures superficielle et profonde de la plaie.

II. — **Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse,** par MM. Huchard et Labadie-Lagrave, internes des hôpitaux. Asselin, Paris, 1872.

Cette forme curieuse de dysménorrhée est caractérisée par l'expulsion, à chaque époque menstruelle, de lambeaux membraneux plus ou moins considérables, attribués soit à une exfoliation de la muqueuse utérine, soit à la formation de produits inflammatoires. La nature de cette affection est fort obscure et a donné lieu à de nombreuses discussions; MM. Huchard et Labadie-Lagrave viennent d'y jeter un jour nouveau en publiant une série de faits inédits et bien observés.

Et d'abord, la dysménorrhée membraneuse existe-t-elle réellement? On sait que certains anatomo-pathologistes, ayant pour eux l'autorité de M. Charles Robin, la nient encore et la confondent avec l'avortement ovulaire. Les auteurs de ce mémoire ont tranché la question en la plaçant sur le terrain de la clinique; plusieurs cas fort concluants de Courty et de Dubois, (de Neufchâtel), démontrent en effet l'existence possible de cette affection chez des jeunes filles vierges et récemment menstruées.

Pour MM. Huchard et Labadie-Lagrave, la dysménorrhée membraneuse ne saurait être considérée comme une maladie essentielle, ainsi que l'ont voulu certains gynécologistes; elle n'est que l'expression symptômatique d'une métrite interne déterminant la formation de produits membraneux. L'expulsion douloureuse de ceux-ci constitue la dysménorrhée spéciale que nous étudions.

Bien plus, les diverses variétés d'inflammation de la muqueuse utérine entraînent chacune une forme dysménorrhique correspondante, caractérisée surtout par la nature des produits expulsés. Ces formes de dysménorrhée sont au nombre de trois et distinguées par les épithètes desquamative, pseudo-membraneuse et membraneuse.

La *dysménorrhée desquamative*, due à une endométrite catarrhale, s'accompagne de l'expulsion de produits muqueux (desquamative et exsudats muqueux); la *dysménorrhée pseudo-membraneuse* est liée à une endométrite exsudative qui donne lieu à de véritables fausses membranes (exsudat fibrino-épithélial, desquamation ou exfoliation incomplète de la muqueuse); enfin, dans la troisième forme, ou *dysménorrhée membraneuse proprement dite*, causée par une endométrite chronique interstitielle, on trouve les produits expulsés suivants : exsudat interstitiel fibrineux plastique, ou prolifération hyperplastique; exfoliation partielle ou totale de la muqueuse. La connaissance de la véritable nature de la dysménorrhee membraneuse n'a point un intérêt purement scientifique: au point de vue de la pratique, elle a l'avantage incontestable de permettre d'instituer contre cette affection un traitement rationnel. Les divers détails dans lesquels nous venons d'entrer font prévoir que les indications thérapeutiques peuvent être divisées en indications *causales*, s'adressant à l'affection, cause

(1) *Académie de Médecine*, séance du 28 octobre 1872. (*Gaz. des Hôpitaux* 1872 p. 1013.)

primitive de la dysménorrhée, et en indications *symptomatiques*, visant plus particulièrement les douleurs atroces qui accompagnent si souvent l'expulsion des produits membraneux. Pour le traitement des diverses formes d'endométrites internes, M. Labadie-Lagrave insiste sur l'emploi topique du tannin porté dans la cavité utérine, soit sous forme de crayons, soit en poudre introduite par insufflation; ce moyen lui semble préférable aux cautérisations intra-utérines de nitrate d'argent. Quant aux douleurs violentes auxquelles peut donner lieu la dysménorrhée membraneuse, on les calmera par les antiphlogistiques et les narcotiques; si ces moyens échouent à cause de l'atrésie de l'orifice interne du col, on dilatera progressivement le canal cervical avec la laminaire ou l'éponge préparée.

En résumé, ce mémoire sur la dysménorrhée membraneuse est aussi instructif pour le médecin qu'utile pour le malade; il a dignement mérité la récompense qui vient de lui être accordée par l'Académie. L.-E. DUPUY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

IV. — Traitement du tremblement, par le docteur Albert EULENBURG. (*Berlin. Wochenschr.*, IX. 40. 1872.)

Le tremblement, quels que soient les symptômes qui l'accompagnent, est, pour le docteur Eulenburg, le résultat d'un état morbide uniforme de la mœlle, et ne peut dépendre que d'une excitabilité exagérée des nerfs moteurs, ou de leur excitation anormale par les nerfs sensitifs périphériques ou centraux. Aussi ce médecin emploie-t-il dans le traitement du tremblement tantôt des moyens capables de diminuer l'excitabilité des nerfs moteurs, tantôt des moyens propres à affaiblir les excitations centripètes. Dans le premier but, il s'est servi sans aucun résultat du curare; dans le second, il a administré l'arsenic et le bromure de potassium. Ce dernier est resté aussi sans effet; l'arsenic au contraire, que le docteur Eulenburg employait en se basant sur les expériences de Sklarck, a donné d'excellents résultats.

Administré à l'intérieur ce médicament provoque rapidement des troubles digestifs, aussi eut-on recours aux injections sous-cutanées faites dans la région dorsale et à la nuque; le liquide employé était une solution étendue de liqueur de Fowler (deux parties d'eau pour une partie de liqueur). On injectait chaque fois 1/3 ou 1/2 seringue renfermant 11 à 17 centigrammes de liqueur de Fowler, on faisait chaque jour une ou deux injections. Par ce procédé, il n'y avait pas d'action locale sur la peau et l'action générale de l'arsenic n'était nullement amoindrie.

Le nombre des malades soumis jusqu'à ce jour à ce mode de traitement est de 7: chez quelques-uns le tremblement offrait les caractères de la paralysie agitante; chez d'autres il s'accompagnait de paralysies du mouvement ou du sentiment.

Une amélioration se produisit dans presque tous les cas; les résultats furent très-favorables; dans deux cas de paralysies compliquées de tremblement, le traitement ne produisit pas d'amélioration.

Eulenburg n'est pas le premier médecin qui ait employé l'arsenic en injection sous-cutanées, mais c'est le premier qui ait appliqué cette méthode au traitement du tremblement. Lewis Smith en avait obtenu de bons résultats dans le traitement de la chorée. (*Schmidt's Jahresber.*, 1873. I. p. 21). D. C.

V. — Note sur quelques points du traitement médical et chirurgical des ulcères chroniques des jambes, par J. KENT A. SPENDER. (*The Lancet*, vol. I, p. 623, 1873).

Dans son *Manual of the Pathology and Treatment of ulcers and Cutaneous Diseases of the Lower Limbs* (1868), l'auteur a insisté sur les deux points suivants: 1° L'importance du pansement des ulcères avec des applications émollientes; 2° Le peu de nécessité, sinon l'inutilité, d'un repos absolu des membres lorsque l'ulcère en traitement n'est pas enflammé.

M. J. Kent Spender appuie ses remarques non-seulement sur sa pratique mais encore sur celle de son père qui, il y a plus de 40 ans, employait un onguent contenant une très-grande quantité de craie préparée afin de produire une croûte artificielle sur l'ulcère. M. J. Kent Spender conseille une pommade avec :

Craie	3 parties.
Axonge	2 parties.

La meilleure manière de la fabriquer consiste à réduire la craie en poudre très-fine, à l'ajouter graduellement à l'axonge liquéfiée sur un feu léger et à remuer avec soin les deux substances jusqu'à ce qu'elles soient refroidies.

Voici quels seraient les avantages de cette préparation : 1° Elle détermine, en général, un grand soulagement; 2° Lorsque l'axonge se liquéfie sous l'action de la chaleur du corps, la craie s'en dégage et se combine avec la sécrétion de l'ulcère. Cette sécrétion est souvent assez âcre pour excorier la peau qui environne la plaie; mais lorsque la sécrétion est unie avec la craie, elle est convertie en un composé neutre, sans nocuité; 3° Une croûte se constitue, en premier lieu autour de l'ulcère, puis sur ses bords, même et enfin sur toute sa surface; 4° Tout d'abord l'abondance de la sécrétion peut exiger le changement fréquent des pansements, mais ils deviendront de moins en moins nécessaires et bientôt on n'aura plus qu'à maintenir intacte l'incrustation crayeuse. L'onguent sera étendu sur un plumasseau de bonne charpie et on maintiendra le pansement avec une bande de flanelle roulée autour du membre à partir des orteils. La flanelle a l'avantage de mieux se prêter au gonflement du membre sans exercer une compression trop forte.

Quand, en dépit de ce traitement, l'ulcère conserve un mauvais aspect il convient de se servir d'une lotion ainsi composée :

Nitrate d'argent	1 gr. 30
Eau distillée	30 gr.

A chaque pansement on fait une lotion qui stimule la plaie et s'oppose à la gangrène. Si ce traitement est lui-même insuffisant, il est bon de remplir la cavité de l'ulcère avec un plumasseau bien imbibé dans parties égales d'eau et de liqueur sodique chlorurée, puis de le recouvrir avec l'onguent calcaire. L'auteur dit avoir obtenu d'excellents résultats avec ces moyens.

Dans la seconde partie de sa note, M. J. Kent Spender, s'appuyant de l'autorité de Thomas Whately (1), Underwood, Chapman, Hunt et Houghton, pense que si l'on prend la précaution de panser avec soin les ulcères *ordinaires* de la jambe et d'appliquer un bon bandage, le repos n'est pas absolument indispensable. L'excercice même produirait une sorte de stimulus.

Quant au traitement médical, il varie suivant la nature de l'ulcère. L'auteur rapporte que, selon M. Maunder (2), les abcès qui sont situés au-dessus de la partie moyenne de la jambe ont une origine syphilitique et la plupart du temps sont multiples; tandis que les *ulcères variqueux* siègent au-dessous de la partie moyenne et sont solitaires. La goutte et l'empoisonnement par le plomb peuvent aggraver et exaspérer les ulcères les plus bénins; l'alcoolisme chronique exerce aussi une action désorganisatrice puissante sur les tissus. Enfin, M. Spender conseille l'usage, chez les individus qui ont des ulcères chroniques non-enflammés, du citrate de fer et de l'iodure de potassium.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID. — I. Distinguer les diverses formes que l'angine exsudative offre dans la pratique et le traitement particulier qui leur convient. — II. Influence de l'hérédité et de la sélection chez l'homme. — *Prix Alcala*. I. Etude clinico-pharmaceutique des agents anesthésiques. — II. Convient-il d'opter pour le rationalisme ou l'empirisme en thérapeutique? — Un prix de 3,000 réaux, soit 1,500 francs; une médaille d'or et le titre de correspondant avec 200 exemplaires du mémoire imprimé, seront la récompense des lauréats. Des accessits seront aussi accordés avec médaille d'argent et le titre de correspondant. Les mémoires écrits en espagnol, en latin ou en français, doivent être parvenus au secrétariat de l'Académie, rue des Cadaceras, 13, à Madrid, avant le 1 septembre 1874. (*Union Méd.*)

(1) Th. Whately. — *Practical Observations on the Cure of Wounds and Ulcers on the Legs, without Rest;* 1816.
(2) Maunder. — *London Hospital Reports*, vol. II, page 129.

BIBLIOGRAPHIE

1° Pleurésies à épanchements modérés, Thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers. — Leçon faite à la clinique de l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1872, par M. le professeur Béhier Br. in-8° ; Paris, Asselin, éditeur.

2° Traité de l'aspiration des liquides morbides. (*Méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement.— Kystes et abcès du foie.— Hernie étranglée.— Rétention d'urine.— Péricardite.—Pleurésie.—Hydarthrose*, etc.) par le docteur Dieulafoy. Un vol. in-8° de 480 p. chez Masson. Paris 1873.

Dans la première partie de sa leçon, M. Béhier discute et pour le dire de suite, admet l'opportunité de la thoracentèse même dans le cas d'épanchements très-modérés ; il étudie dans la seconde partie les divers appareils opérateurs que l'on peut employer pour cette aspiration. — Le livre de M. Dieulafoy comme l'indique d'ailleurs le sous-titre, constitue un traité complet de l'aspiration dans lequel sont passées en revue toutes les applications *possibles* de cette méthode.

Une aiguille creuse d'une extrême finesse, mise en communication avec un récipient dans lequel on a *préalablement* fait le vide : Tel est en somme, l'aspirateur que M. Dieulafoy présenta à l'académie de médecine le 2 novembre 1869. L'instrument primitif a été modifié par l'auteur dans quelques-unes de ses parties ; d'autres aspirateurs ont été construits depuis cette époque, mais ils reposent au fond sur le même principe.

M. Dieulafoy distingue deux variétés d'aspirateurs : les aspirateurs à vide invariable (instrument de l'auteur) et les aspirateurs variables ; parmi ces derniers il décrit seulement comme type l'aspirateur de M. Potain. Ces aspirateurs à vide variable ne pourraient, d'après lui, servir à pratiquer des injections. Cette assertion sera probablement contredite par M. Castiaux dont l'appareil contient deux pompes différentes et destinées l'une à aspirer les liquides morbides, l'autre à pousser des liquides médicamenteux. Mais c'est là un sujet de discussion que je laisserai de côté. Je ne décrirai pas non plus les 17 aspirateurs plus ou moins brevetés inventés depuis 3 ans ; M. le professeur Béhier a décrit les principaux d'entre eux exposant avec soin les avantages et les inconvénients qu'ils peuvent présenter. Cet exposé déjà instructif par ce fait, n'est pas moins intéressant à un autre point de vue. Le professeur de l'Hôtel-Dieu a pris soin, en effet, d'indiquer les dates précises d'apparition des divers instruments, voulant ainsi prévenir toutes les réclamations de priorité ; « car, dit-il, je ne sache pas que notre profession ait jamais retiré aucun avantage des disputes de ce genre qui devraient à tout jamais être bannies du seuil de la science. »

Les applications de la méthode aspiratrice sont fort nombreuses, au moins pour M. Dieulafoy. On en jugera par la liste suivante qui n'est en quelque sorte que la table du *Traité de l'aspiration des liquides morbides* : kystes hydatiques et abcès du foie. — Rétention d'urine. — Cystite chronique et autres affections de la vessie. — Maladies de l'estomac et empoisonnements. — Kystes de l'ovaire. — Hydrocéphalie spinabifida. — Hernie étranglée, occlusion intestinale et pneumatose intestinale. — Epanchements du péricarde. — Epanchements aigus et chroniques de la plèvre.— Hydarthrose et épanchements du genou. — Epanchements des bourses séreuses. — Hydrocèle de la tunique vaginale. — Ascite. — Epanchements séreux et sanguin du tissu cellulaire. Abcès par congestion et abcès froids, abcès chauds.— Adénites et bubons suppurés. — Tels sont les sujets que M. Dieulafoy passe successivement en revue et pour tous les cas la conclusion est presque toujours la même. C'est que la méthode aspiratrice est toujours innocente, presque toujours utile, souvent même indispensable, soit pour le diagnostic soit pour le traitement.

Malheureusement les preuves données par M. Dieulafoy ne sont pas toujours absolument convaincantes ; quelques points sont certainements étudiés avec beaucoup de soin et par exemple on trouvera des renseignements très intéressants sur les résultats fournis par l'aspiration dans les hernies étranglées mais il est d'autres parties sur lesquelles nous aurions voulu voir l'auteur insister davantage. Ainsi pour ce qui concerne les kystes hydatiques du foie, l'innocuité et même l'utilité de la méthode aspiratrice ont été dans ces derniers temps fortement contestées. — M. Boinet, (*Soc. de chir.* février 1873) considère cette méthode comme dangereuse et insuffisante. — Pour M. Dujardin-Baumetz (*Bul. de thérap.*, février 1873) «cette opération ne s'accompagne pas le plus souvent de symptômes graves, mais peut cependant provoquer la suppuration de la poche et les accidents qui en sont la conséquence. » Au mois d'avril 1873, M. Dupuy rapportait dans le *Mouvement médical* deux observations du service de M. Demarquay qui lui semblent démontrer les dangers de la ponction dans les kystes hydatiques. Enfin, dans un mémoire qui vient de paraître dans la *Gazette des hôpitaux* (8 et 10 juillet), l'un des internes de M. Demarquay considère le débat comme terminé et se propose seulement de rappeler l'attention sur la méthode de Récamier, Mais y a-t-il donc une méthode thérapeutique qui pour une maladie quelconque convienne à tous les cas sans exception ? Nous aurions voulu voir M. Dieulafoy discuter les indications de la méthode aspiratrice, tandis que son enthousiasme le porte à la proposer pour tous les cas de kystes hydatiques. Il est encore un autre point que l'auteur a complètement passé sous silence. Je veux parler des précautions que l'on doit prendre après la ponction. Or ces précautions exposées par M. Jaccoud dans ses *Cliniques de Lariboisière* avec un soin minutieux, n'ont point été observées dans la plupart des cas malheureux rapportés par les adversaires de l'aspiration. M. Jaccoud qui parmi les suites possibles de l'opération redoute surtout la péritonite s'attache avant tout à la prévenir et en particulier il donne le conseil de vider le kyste aussi complètement que possible afin d'éviter que le liquide s'écoule ultérieurement dans la cavité abdominale. M. Dieulafoy au contraire recommande de ne retirer que de petites quantités de liquide ; en procédant ainsi « on ne s'expose pas à voir la poche entière envahie d'un seul coup par la suppuration. (?) »

La suppuration possible du kyste après la ponction est en effet, l'argument que font valoir les adversaires de la méthode. Mais cette complication sera toujours facilement reconnue si l'on surveille avec soin l'état général du malade dans les jours qui suivent la ponction et il sera temps alors de recourir à la méthode de Récamier. Dans le fait de M. Dujardin-Beaumetz, il est vrai, le kyste s'ouvrit par le poumon droit avant que l'eschare fut produite, mais il ne faut pas oublier que dans ce fait le liquide était déjà purulent lors de la première ponction qu'on en fit plusieurs autres avant de se décider à appliquer des caustiques. Dans la plupart des cas, au contraire, le liquide une fois évacué, la poche ne suppure pas ; quelquefois même elle ne se remplit pas de nouveau. Cette année même, M. Fauvel retira par une ponction 800 grammes de liquide sanguinolent d'un kyste du foie. Malgré la nature du liquide, le malade sortait quelques jours après, sans avoir présenté le moindre accident.

M. Dieulafoy nous semble aussi avoir glissé un peu rapidement sur le rôle de l'aspiration dans le traitement des épanchements pleuraux. Il est convaincu de l'innocuité et des avantages de l'aspiration ; cela est très-bien, mais tous les médecins n'en sont pas là et quelques-uns font même la remarque assez décourageante que la pleurésie se termine plus souvent d'une manière fâcheuse, depuis que la thoracentèse est largement appliquée. La longueur de cette analyse nous empêche d'insister et nous ne pouvons que recommander la lecture de la leçon de M. le professeur Béhier, où se trouve discutée la question de l'opportunité de la thoracentèse dans le cas d'épanchements peu abondants.

Avant de terminer cependant, un mot sur les *Canules :*

M. Dieulafoy se sert ordinairement d'aiguilles tubulées, tranchantes à leur extrémité et n'emploie que très-exceptionnellement les trocarts. Au contraire, M Potain et M. Castiaux se servent en général (sauf dans les cas de ponction exploratrice) de trocarts plus ou moins fins. Certains médecins reprochent aux canules tranchantes plusieurs inconvénients ; comme elles sont très-minces elles peuvent se briser au moment où on les fait pénétrer dans les tissus ; le fait a été observé. De plus, à cause

de leur extrémité tranchante, elles peuvent blesser les organes voisins, par exemple le poumon dans l'opération de la thoracentèse. M. Dieulafoy ne nie point le fait; loin de là ; mais cette piqûre du poumon est suivant lui, parfaitement innocente et même quelquefois utile: « Quand, dit-il, on pique un poumon congestionné (comme dans la première période de la pneumonie), on peut en laissant l'aiguille en place ; aspirer quelques grammes de sang, pratiquer une véritable saignée de l'organe, et cette saignée locale peut amener un véritable soulagement et diminuer le point de côté. » C'est là, du reste, une opinion personnelle à l'auteur, et qui ne sera probablement pas généralement acceptée. Pourtant, dans certaines conditions, les canules tranchantes sont peut-être préférables.

Dans un cas de ponction capillaire pratiqué l'année dernière dans le service de M. Jaccoud pour un kyste hydatique du foie (2750 gr.) il est arrivé à différentes reprises que l'écoulement diminuait et pendant quelques instants ne se faisait plus qu en très-petite quantité, puis tout d'un coup, le liquide reparaissait en abondance. La canule n'avait pas été bouchée, car le liquide évacué ne renfermait que des fragments d'échinocoques beaucoup trop petits pour l'oblitérer. Ne pourrait-on pas expliquer le fait en disant que l'éruption du liquide en plus grande abondance résultait de ce que l'une des poches secondaires du kyste était venue se piquer elle-même à l'extrémité de la canule tranchante?

Je ne donne cette explication que comme une hypothèse, mais si le fait était de nouveau observé dans des conditions analogues, il y aurait peut-être lieu d'employer pour les kystes hydatiques (en dehors de toute considération relative au volume de la canule) les aiguilles à pointe tranchante de préférence aux trocarts ordinaires.

Je n'ai pu donner, dans cette analyse qu'une idée fort imparfaite du *Traité de l'aspiration des liquides morbides*. J'espère cependant avoir montré deux choses : d'abord l'intérêt qui s'attache à cette publication, en raison de l'autorité de M. Dieulafoy sur cette matière et du grand nombre des applications que comporte la méthode, et en second lieu, la nécessité de faire des réserves et de résister à l'enthousiasme, bien naturel mais un peu exagéré de l'auteur. A. SEVESTRE.

Chronique des hôpitaux

Nous suspendons la *Chronique des Hôpitaux* à partir de ce numéro. Nous la reprendrons lorsque les vacances seront terminées. Quant à présent, nous remercions bien vivement tous nos collaborateurs pour cette tâche quelque peu aride.

Hôpital des enfants malades. Service de M. le Dr BOUCHUT, salle Sainte-Catherine. — Conférences au lit des malades tous les mardis. — N° 7, anasarque essentielle; — n°s 9 et 10, rhumatismes articulaires, l'un subaigu, le second aigu, traités par le vératrum; — n° 13, fièvre typhoïde; — n° 16, coqueluche violente; — n° 19, encéphalopathie saturnine, convalescence; — n° 24, endocardite, bronchite suspecte.

Hôpital St-Antoine, Service de M. LEDENTU. — St-Bernabé : Plaie par instrument tranchant du poignet (suture des tendons du muscle cubital, et du fléchisseur superficiel de l'annulaire et du petit doigt, suture du nerf cubital, ligature du bout inférieur et du bout supérieur de l'artère cubitale.)

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Du 19 au 25 juillet 1873. il y a eu 742 décès. Rougeole, 14 ; — Scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 11; — érysipèle, 10; — bronchite aiguë, 19, — pneumonie, 31 ; — *dyssenterie*, 2 ; — *diarrhée cholériforme des enfants*, 17; — angine couenneuse. 10; — croup, 5; — affections puerpérales, 2 ; — autres affections aiguë , 216; — affections chroniques dont 152 dues à la phthisie pulmonaire), 321; — affections chirurgicales, 57 ; — causes accidentelles, 23.

CHOLÉRA. — *Italie.* — C'est le 18 juillet qu'a été signalé le premier cas de choléra à *Padoue*, chez un soldat venant de Castelfranco et qui avait eu auparavant de la diarrhée dont il était guéri au moment où le choléra se déclara. Il ne donne aucune preuve d'infection. — 2 cas ont été signalés à *Arzerello de Pirre.* — D'une manière générale, l'épidémie est caractérisée par la lenteur de l'invasion. (*Gazetta medica Italiana.* Venete, 19 juillet 1873).

— Le choléra fait toujours des progrès à *Venise* — Les chiffres de ces derniers jours sont 19, 14, 18, 14, 32, 16, 22. Sa marche est lente mais persistante à *Trévise*. Quelques cas isolés se sont présentés dans le Frioul. A *Padoue,* on a observé 4 cas depuis le 19. (*Ibid.*, 26 juillet).

Amérique. — D'après *The Lancet* du 26 juillet, le choléra ferait des ravages dans le Missouri.

Angleterre. — D'après le même journal, il n'y aurait eu jusqu'à présent ni à Londres ni dans les provinces, aucun cas de choléra.

Autriche.—D'après une correspondance du *Times*, il y aurait eu à Vienne : du 28 au 30 juin, 15 cas de choléra avec 9 décès; du 1er au 5 juillet, 26 cas, 27 décès; du 6 au 10 juillet, 71 cas, 42 décès; du 11 au 14 juillet, 170 cas, 79 décès. — D'après *Wiener medizinische Wochenschrift*, du 26 juillet, il y aurait eu à Vienne : le 17 juillet, 20 cas, — le 18, 25 cas, — le 19, 11 cas, — le 20, 25 cas, — le 21, 18, — le 22, 21, — et le 23, 18.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur *Coursserant*, oculiste distingué, vient de mourir à Paris, à l'âge de 61 ans. (*Courrier méd.*)

— Le profes. *Demaria*(de Turin) vient de mourir âgé de 60 ans. L'Université regrette l'éminent médecin légiste, et la ville de Turin le vertueux citoyen qu'elle avait chargé plusieurs fois de la députation. (*L'Osservatore*, 1er juillet).

— Nous apprenons la mort de M. Mériadec Laennec, docteur en médecine, ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris, ancien président du conseil général de la Loire-Inférieure, maire de la Chapelle-Basse-Mer, décédé le 3 juillet 1873, à sa terre de la Mazure, commune de la Chapelle-Basse-Mer, dans sa 76e année (*Union médic.*)

— On annonce aussi, en Allemagne, la mort du docteur Brandis, météorologiste distinguée, et de Gustave Rose, bien connu par ses travaux sur la minéralogie.

LES CIMETIÈRES DE PARIS. — La question des cimetières de Paris devient de plus en plus urgente et ne peut tarder de recevoir une solution. On paraît avoir repris le projet de la création d'un cimetière à Méry-sur-Oise. On commencerait par n'accorder dans le cimetière que des concessions perpétuelles et des concessions temporaires de dix ans au moins. Pour les concessions temporaires de cinq ans et les inhumations gratuites, on créerait au sud de Paris, non loin des fortifications, un nouveau cimetière dont on s'occupe actuellement d'acquérir l'emplacement. — Au point de vue administratif ou économique, la création de ce second cimetière peut présenter des avantages, mais au point de vue hygiénique, il offre tout les inconvénisnts des cimetières actuels, par suite de l'extension, facile à prévoir, des localités formant la banlieue de Paris. Quoi qu'il en soit, les cimetières actuels seront fermés Seules, les familles qui y ont des caveaux pourront y porter leurs morts jusqu'à ce que les caveaux soient remplis. La mesure sanitaire depuis longtemps réclamée recevra donc une prochaine exécution. — Nous ajouterons qu'il n'est plus question de créer un chemin de fer spécial de Paris à Méry : la ville de Paris passerait un traité avec la compagnie du Nord pour le service des trains mortuaires. (*Gazette méd.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE DE FRANCE. Ordre du jour de la séance du 4 août : 1° suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix ; 2° présentation d'un travail de MM. Léon Marchand et Corre sur la géographie botanique.

— La *Société royale des sciences médicales* et naturelles de Bruxelles vient de renouveler son bureau pour l'année 1873 et 74. M. le professeur Pigeolot a été élu président, en remplacement de M. le professeur Thiry, qui, d'après le règlement, ne pouvait pas être réélu. M. Louis Martin a été nommé vice président, M. Van den Corput, secrétaire-général ; M. Ledeganck, secrétaire-adjoint, M. Sacré, trésorier, et M. Eugène Janssens. bibliothécaire. Dans la même séance, M. le docteur Larondelle, de Verviers, a été nommé membre correspondant (*Presse médicale belge*).

ENCORE UN DUEL. — D'après les journaux politiques, un duel au pistolet aurait eu lieu à Marsau (Dordogne), entre M. Mie, avocat, et M. le Dr *Gadaud*.

VACANCE MÉDICALE. — A prendre immédiatement clientèle rurale, produit 10,000 fr. justifié. S'adresser au docteur Basson (Yonne) (*Tribune méd.*)

CONCOURS. — Un concours sera ouvert, le lundi 10 novembre prochain, à l'école vétérinaire d'Alfort, pour la nomination à un emploi de chef de service de physique, chimie et pharmacie, vacant à cette école.

Un concours s'ouvrira dans les écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon. le 15 septembre 1873, dans le but de pourvoir à trente emplois d'aide-médecin et à huit emplois d'aide-pharmacien. Il est établi au secrétariat du conseil de santé de ces trois ports un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant le concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

BEAU (L.) Du traitement des plaies en général et en particulier d'un nouveau mode de pansement antiseptique par le coollar et le charbon, suivi d'un aperçu sur la pourriture d'hôpital et son traitement. In-8 de 136 p. 3 fr.

COLIN. La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique. In-8° de 160 pages avec 3 figures.

Librairie AD. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

BAYLE (C.) — L'embaumement dans les temps anciens et modernes suivi de l'exposé d'une méthode nouvelle sans incision. In-12 de 154 pages 2 fr.

BUCQUOY. Leçons cliniques sur les maladies du cœur, professées à l'Hôtel-Dieu de Paris, 3e édition. In-8° de 170 pages avec fig. dans le texte : 4 fr.

LE PIEZ (Ar.) Etude sur quelques cas de ruptures spontanées du cœur. In-8° de 124 pages : 2 fr. 50 c.

Librairie F, SAVY, rue Hautefeuille, 24.

VACHER. De l'obésité et de son traitement. Mémoire accompagné de la traduction d'une conférence sur le traitement de l'obésité d'après le système de Banting, par NIMEYER. In-8° de 68 pages.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Librairie A. DELAHAYE.

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à l'hospice de la Salpêtrière, recueillies et publiées par BOURNEVILLE. 1er fascicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante, anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In 8° de 64 p. avec 15 fig. 2 fr.

1re ANNÉE — N° 9 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 9 AOUT 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois................ 8 »

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

SYMPTÔMES. — DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

Messieurs,

Prenons, le cas d'une tumeur méningée, comprimant vers la partie moyenne de la région dorsale, une moitié latérale de la moelle épinière et supposons, pour nous mieux orienter, que la compression porte par exemple sur *le côté droit* du cordon nerveux. Voici les principaux phénomènes qu'il y aurait à relever en pareille circonstance.

Le membre inférieur *du côté droit* serait paralysé, plus ou moins complétement, quant au mouvement, ainsi que les muscles abdominaux de ce même côté. Les téguments sur les points correspondant aux parties atteintes de paralysie motrice, présentent, relativement aux parties homologues du côté opposé, une élévation plus ou moins prononcée de la température, conséquence de la paralysie vaso-motrice. La sensibilité, sur toute l'étendue de ces mêmes points, se rencontrerait normale ou même notablement exaltée au niveau du siége de la compression spinale et, du même côté, une exploration attentive ferait reconnaître l'existence d'une *zone d'anesthésie*, dirigée transversalement et formant par en haut la limite des parties paralysées du mouvement et dont la sensibilité ainsi qu'il a été dit serait exagérée ou normale.

A gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion spinale, le mouvement serait parfaitement conservé dans le membre inférieur et les muscles de l'abdomen ; mais, par contre, la sensibilité sur ces points serait obnubilée ou même complétement éteinte dans tous ses modes. Il s'agirait là d'une véritable hémianesthésie, limitée supérieurement au niveau de la lésion spinale, par une ligne horizontale bien tranchée et en dedans très-exactement par la ligne médiane.

Vous comprenez aisément, d'après ce qui précède, la raison de la dénomination *hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée,* proposée pour désigner l'ensemble symptomatique dont il vient d'être question. Si la compression hémilatérale au lieu de siéger à la région dorsale de la moelle, occupait une région plus élevée, la partie supérieure du renflement brachial, par exemple, ce sont les symptômes de l'*hémiplégie spinale proprement dite* qu'on aurait alors sous les yeux. Ici encore on observerait une hémianesthésie croisée c'est-à-dire occupant le côté du corps opposé au siége de la lésion spinale, mais l'insensibilité ne resterait pas bornée au membre inférieur et à un côté de l'abdomen, elle s'étendrait de ce même côté au membre supérieur, au tronc, au cou même, de telle sorte que la face serait, peut-être, seule respectée.

Du côté corespondant au siége de la lésion spinale, la paralysie motrice occuperait à la fois le membre supérieur et le membre inférieur, lesquels présenteraient l'un et l'autre une élévation relative de la température. Le tronc et les membres de ce côté auraient conservé leur sensibilité ou se montreraient hyperesthésiés. La zone d'anesthésie qui formerait la limite supérieure de ces parties serait située très-haut, et occuperait, par exemple, la partie supérieure du thorax et de l'épaule et même le cou.

L'anesthésie, répandue comme il vient d'être dit, et limitée exactement, géométriquement pour ainsi dire à la ligne médiane, sur presque tout un côté du corps, rappelle, à quelques égards, l'hémianesthésie des hystériques et celle qui s'observe, ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, dans certaines lésions en foyer de l'encéphale. Mais, maintes circonstances peuvent être relevées qui, en cas de besoin, serviraient à la distinction. Ainsi,

(1) Voir les nos 1, 4 et 6 du *Progrès médical*.

dans l'hystérie, comme dans le cas d'une lésion encéphalique, la face participerait à peu près nécessairement à l'hémianesthésie, ce qui n'aurait pas lieu dans l'hémiplégie spinale. De plus, les troubles moteurs concomitants — parésie, paralysie avec ou sans contracture — se montreraient, dans ce dernier cas, du côté opposé à l'anesthésie tandis qu'ils occuperaient le même côté que celle-ci chez les hystériques et chez les sujets atteints de lésions organiques de l'encéphale. Je ne m'étendrai pas plus longuement au sujet de ces traits distinctifs qu'on pourrait aisément multiplier.

Je ne m'arrêterai pas non plus à développer l'interprétation anatomique et physiologique qui a été donnée des symptômes de l'hémiplégie et de la paraplégie spinales. Je ne puis mieux faire à cet égard que de vous renvoyer aux divers écrits de M. Brown-Séquard et je me bornerai aux remarques suivantes.

On suppose que les conducteurs des impressions sensitives, quels qu'ils soient, après avoir suivi dans chaque moitié latérale de la moelle épinière, un trajet dirigé de dehors en dedans et d'arrière en avant, sur un plan légèrement incliné de bas en haut, viennent s'entrecoiser sur la ligne médiane. Il y a lieu d'admettre en outre que les faisceaux qui, après l'entrecroisement, remontent vers l'encéphale, ne s'éloignent pas notablement du plan médian antéro-postérieur et qu'ils occupent la partie centrale de la substance grise au voisinage de la commissure. Voici maintenant les conséquences qui résulteront d'une telle disposition.

La lésion hémilatérale de la moelle épinière—qu'il s'agisse d'une plaie déterminée par un instrument tranchant, d'un foyer de myélite, ou d'une tumeur, peu importe,— aura pour effet de détruire un nombre d'autant plus grand de conducteurs non encore entrecroisés, qu'elle sera plus étendue en hauteur; ainsi se produit la zone d'anesthésie plus ou moins haute suivant les cas, à direction transversale, qui s'observe au niveau de la lésion et du même côté que celle-ci.

Au-dessus de la lésion, les conducteurs venant de ce même côté de la moelle suivront leur trajet jusqu'à la ligne médiane, et s'y entrecroiseront avec ceux du côté opposé, sans avoir subi d'interruption dans leur parcours. C'est pourquoi les parties situées au-dessous de la zone transverse d'anesthésie conservent la sensibilité normale. Elles se montrent très-souvent même notablement hyperesthésiés.

Il n'a pas encore été donné, que je sache de ce dernier phénomène , une explication qui soit satisfaisante.

Pour ce qui est des conducteurs des impressions sensitives venues du côté de la moelle opposé à celui qu'occupe la lésion, ils ont tous à traverser après leur entrecroisement le foyer d'altération, pourvu que celui-ci s'étende réellement jusqu'à la ligne médiane, et ils subissent tous par conséquent, dans cette partie de leur trajet, une interruption plus ou moins complète. C'est ainsi que se produit l'hémianesthésie croisée.

Quant à la paralysie motrice qui s'observe au-dessous de la lésion hémilatérale de la moelle et du même côté qu'elle, c'est une conséquence facile à prévoir de l'interruption subie par le faisceau latéral correspondant, les fibres qui constituent ce faisceau ne s'entrecroisant nulle part dans la moelle avec les fibres homologues du côté opposé.

J'avais soin de vous faire remarquer tout-à-l'heure que les faisceaux — en supposant que ce soit réellement des faisceaux — résultant de l'intrecroisement des conducteurs des impressions sensitives paraissent ne pas s'éloigner notablement du plan médian antéro-postérieur, où ils occupent, de chaque côté, la partie centrale de la substance grise. Il résulte de cette disposition qu'une lésion hémilatérale de la moelle, même assez prononcée, mais qui, ne s'étendant pas rigoureusement jusqu'à la ligne médiane, épargnerait les faisceaux dont il s'agit, n'aurait pas pour effet de déterminer l'hémianesthésie croisée. Une telle lésion produirait, suivant le cas, l'hémiplégie ou l'hémiparaplégie, mais sans anesthésie croisée. Nous rencontrons dans la pratique d'assez nombreux exemples de ce genre.

J'ai voulu me restreindre, Messieurs, à vous indiquer d'une manière très-sommaire les traits les plus saillants de l'ensemble symptomatique que révèle l'existence des lésions hémilatérales de la moelle épinière. Je ne puis me dispenser cependant d'ajouter à ce qui précède quelques détails complémentaires. Rarement les lésions dont il est question restent à jamais confinées dans leurs limites originelles. Tôt ou tard elles se propagent, soit par en haut, soit par en bas, soit dans les deux directions à la fois, à une certaine distance, en dehors du foyer primitif. Il est presque de règle, par exemple, qu'au-dessous de la lésion tranverse hémilatérale, et du même côté que celle-ci le faisceau latéral, soit à un moment donné atteint dans toute son étendue en hauteur, suivant la loi du développement des scléroses fasciculées descendantes. En pareil cas, la contracture permanente ne tarderait pas à se surajouter à la paralysie déterminée dans les membres par la lésion spinale primitive; d'autres fois l'irritation semble se propager, en outre, également au-dessous de la lésion en foyer et du même côté dans la corne antérieure de la substance grise. Les membres, paralysés déjà et contracturés, offrent en plus, le cas échéant, une atrophie plus ou moins prononcée des masses musculaires. Enfin, vraisemblablement en rapport avec l'altération consécutive de divers points non encore déterminés de la substance grise, on peut voir les symptômes d'hémiplégie spinale se compliquer de la formation de divers autres troubles trophiques, tels que arthropathies, eschares fessières ou sacrées, etc.

C'en est assez, je l'espère, Messieurs, pour vous faire reconnaître l'intérêt qui, s'attache à l'étude de l'hémiplégie spinale. Je ne saurais trop le répéter cet ensemble symptomatique ne se produit pas seulement, comme on a pu penser pendant un temps, en conséquence, de lésions traumatiques de la moelle épinière. Je l'ai pour mon compte observée, sous la forme bien dessinée d'hémiparaplégie avec anesthésie croisée dans 5 cas. Dans trois de ces cas, il s'agissait d'une myélite scléreuse transverse; dans un quatrième d'une néoplasie intra-spinale; et dans le 5me enfin une tumeur, primitivement développée à la face interne de la dure-mère, avait à un moment donné, en s'étendant dans le sens antéro-postérieur, déterminé sur un point de la région dorsale, une compression exactement limitée à une moitié latérale de la moelle épinière (1).

(A suivre)

(1) Cette dernière observation a été consignée dans les *Archives de physiologie*, 1868, p. 291, planche VIII.

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES.— **M. RANVIER.**

Du système lymphatique.

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Les vaisseaux lymphatiques (1).

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, il n'existe pas plus de canaux du suc que dans le centre phrénique. L'analogie semble indiquer que les derniers capillaires lymphatiques doivent prendre naissance dans la grande cavité qui forme ce tissu dans son ensemble; mais, on n'est pas encore arrivé sur ce point à une démonstration. Il faudrait pour cela trouver une méthode qui permît de voir directement la communication d'un capillaire lymphatique avec l'un des interstices que laissent entre eux les faisceaux. Jusque-là, nous sommes obligés de nous contenter des preuves plus ou moins indirectes que nous donnent l'injection par piqûre de ce tissu et le cheminement vital des matières colorées.

Si, au moyen d'une fine canule de verre ou d'une canule métallique, on pique dans le tissu cellulaire d'un animal tout à fait frais, et que l'on y injecte une matière colorée, par exemple du bleu de Prusse en solution dans l'eau, on voit s'y former une boule d'œdème colorée, et quelquefois on voit partir immédiatement de la région où la piqûre a été faite un ou deux lympathiques colorés en bleu; si l'on en voit pas partir, il suffit, si la boule est sur un plan résistant, une aponévrose ou un os, par exemple, d'appuyer un peu sur cette boule avec le doigt après avoir enlevé la canule, pour en voir partir deux ou trois trajets lymphatiques colorés. Il y a donc évidemment une communication entre les interstices du tissu conjonctif et les origines des lymphatiques; autrement, si les lymphatiques formaient un réseau fermé, il faudrait admettre qu'il s'est produit une rupture d'un lymphatique en un point, et dans ce cas, l'injection pénétrerait bien difficilement dans ce lymphatique dont la peau molle se replierait comme un tube de baudruche devant la pression du liquide et n'en permettrait pas l'entrée. On pourrait être surpris que l'expérience ne réussisse pas chaque fois qu'on la tente, si en réalité les lymphatiques s'ouvrent si largement dans le tissu conjonctif, mais, si l'on tient compte de la pression périphérique que le liquide injecté dans la boule exerce autour des vaisseaux, on s'expliquera pourquoi, le plus souvent, on n'obtient l'injection des lymphatiques que par la pression du doigt sur la boule ; cette pression change les conditions dans lesquelles se trouvent quelques-uns des orifices vis-à-vis des faisceaux.

Voici encore une expérience très-facile à réaliser qui sert à montrer la communication facile du tissu conjonctif avec le réseau lymphatique ; si l'on enfonce une canule au voisinage du nerf sciatique d'un rat ou d'une souris, et que, par son intermédiaire, on injecte avec une seringue, un à deux centimètres de bleu de Prusse liquide, le ganglion lombaire du même côté présente une injection bleue.

On peut se servir aussi des phénomènes d'absorption vitale des lymphatiques pour faire pénétrer une substance pulvérulente du tissu conjonctif dans les ganglions lymphatiques. A cet effet, sur un lapin, on fait une petite incision à la partie postérieure de la cuisse jusqu'au voisinage du nerf sciatique, et on y répand du vermillon de Chine en suspension dans l'eau ; au bout de 8 à 10 heures, l'animal sacrifié présente du vermillon dans le ganglion lombaire, et celui-ci, irrité par le corps étranger, a généralement un volume double de celui de son congénère.

Ces différents faits nous suggèrent l'hypothèse que les vaisseaux lymphatiques prennent naissance dans l'espace laissé entre les faisceaux du tissu conjonctif, mais ce n'est encore, nous le répétons, qu'une hypothèse, car les injections des lymphatiques, à la suite des piqûres ou des plaies du tissu conjonctif pourraient résulter d'une déchirure accidentelle des vaisseaux; la communication directe ne sera établie que lorsqu'on aura trouvé une méthode pour montrer cette ouverture.

Développement des vaisseaux lymphatiques.

Les seuls faits que nous connaissons relativement au développement des lymphatiques ont été observés par Kölliker dans la queue des têtards. Sur des têtards vivants, étendus sur une lame de verre, on observe, avec des grossissements de 250 à 600 diamètres, et dans ce dernier cas en se servant d'objectifs à immersion, sans interposition de lamelle, des canaux qui diffèrent des vaisseaux sanguins par plusieurs caractères et que l'on considère comme les premiers vaisseaux lymphatiques.

Ces canaux présentent des pointes nombreuses; ils ont les bouts irrégulièrement festonnés; ils ne contiennent pas de globules rouges de sang, mais, de distance en distance, on rencontre sur leurs parois des groupes de granulations ; ils présentent aussi des noyaux ovalaires et aplatis, contenus dans cette paroi. D'après Kölliker ces réseaux de canaux sont formés par l'anastomose des cellules étoilées entre elles ; c'est même de cette donnée qu'il part pour admettre que ces cellules sont creuses.

Nous avons souvent examiné soit des têtards vivants, soit des queues de têtards imprégnées au chlorure d'or à 1/200, dans le but de vérifier le dire de Kölliker. Malgré des recherches attentives, nous n'avons pas encore pu découvrir une anastomose bien nette entre une cellule étoilée et un canal: souvent on croit avoir découvert un de ses rapports, mais en employant un bon objectif à immersion, le 10 de Hartnack, par exemple, on reconnaît que l'on a eu affaire à un simple entrecroisement. Nous ne voulons pas nier ces anastomoses absolument, nous constatons seulement que nous n'en avons point vu. Du reste, il faudrait même démontrer que ces vaisseaux festonnés correspondent bien aux lymphatiques. (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU. — **M. le Professeur RICHET.**

Luxation de la tête du fémur gauche à la partie supérieure et postérieure de la fosse iliaque externe immédiatement au-dessus de l'échancrure sciatique — datant de 35 jours, Réduction. — Guérison.

Leçons faites le 31 mai et le 3 juin 1873 — recueillies par M. LONGUET, interne de service (1)

A quel genre avions-nous affaire ? Je vous ai dit bien souvent déjà que la tête fémorale était dans la fosse iliaque externe postérieure et supérieure, au-dessus de l'échancrure sciatique. Nous avions donc affaire à une luxation iliaque sciatique, luxation ilio-sciatique — (luxation en arrière d'Hippocrate, luxation sacro-sciatique de Gerdy, luxation ilio-ischiatique de Malgaigne.)

Les autopsies de ces sortes de luxations ne sont pas très-fréquentes, cependant on en a fait. On sait comment se produisent ces luxations; je vous ai dit le mécanisme par lequel s'est effectuée la nôtre ; je n'y reviendrai pas davantage. Un des exemples les plus complets de luxation ilio-sciatique a été observé chez un homme par Lisfranc : la luxation était récente; Lisfranc voulut réduire et n'y put parvenir malgré des tentatives répétées plusieurs jours de suite : les efforts avaient été si violents que la région tourmentée suppura, ce qui causa la mort du malade au onzième jour. On trouva à l'autopsie la tête fémorale dans la fosse sciatique un peu en haut, la capsule déchirée s'était enroulée autour du col et retenait ainsi l'os déplacé avec une force invincible.

(1) Voir les nos 3, 4 et 7 du *Progrès médical*.

(1) Voir les nos 5 et 8 du *Progrès médical*.

Il y a d'autres faits encore : Todd a trouvé aussi le col cravaté par la capsule : — enfin M. Gosselin et moi dans le cas que je vous ai rapporté, nous avons vu que la réduction était rendue impossible par une disposition semblable de la capsule et des muscles. Ainsi, il y a des cas dans lesquels les luxations en arrière sont accompagnées de particularités anatomiques telles que même sur le cadavre on ne peut les réduire. Donc, Messieurs, ne dites jamais au malade que l'opération sera facile; dites-lui toujours au contraire que vous craignez un insuccès, afin de ne pas vous exposer à un échec complet.

J'ai encore à vous dire que la position de la tête dans les luxations en arrière est très-variable : tantôt (sur le vivant ou sur le cadavre) on la trouve au bord de la cavité cotyloïde, tantôt près de l'échancrure sciatique, tantôt dans l'échancrure sciatique comprimant alors le nerf et donnant lieu à certains accidents tout particuliers, tantôt en bas vers l'épine sciatique, tantôt enfin en haut, bien au-dessus de l'échancrure sciatique : c'est notre cas : Malgaigne prétend que la tête vient toujours dans l'échancrure et qu'elle ne la dépasse dans aucun cas; cela est pourtant malgré Malgaigne, les faits sont là qui le prouvent surabondamment, ceux par exemple dans lesquels on trouve 5 centimètres de raccourcissement. Car on ne pouvait avoir un tel déplacement sans une position de la tête au-dessus de l'échancrure.

Dans tous les cas, on a trouvé la capsule déchirée, tantôt à son insertion au pourtour de la cavité cotyloïde, tantôt à son insertion au col ou bien dans le sens de sa longueur en boutonnière. Vous comprenez facilement que la façon dont la déchirure a lieu est importante car elle offre ou n'offre pas un obstacle à la réduction selon qu'elle est arrachée au col chirurgical ou au pourtour de la cavité cotyloïde : je n'ai pas besoin de vous dire pourquoi.

Encore un mot, Messieurs, sur le traitement et le traitement des luxations en arrière bien entendu.

Il y a deux grandes classes de procédés employés pour la réduction des luxations ; les procédés de douceur, les procédés de force.

Les procédés de douceur sont vieux; ils ont été employés depuis bien longtemps par les Arabes surtout, et ils ont été remis plus particulièrement en honneur par Delacour et Dupouy. On trouve dans les livres d'Albucasis des exemples de réduction opérée très-facilement en tournant le membre dans plusieurs directions. — Dans le siècle dernier, Dupouy signale ces procédés comme *une opération régulière et réglée*.

Les procédés de douceur sont variés. Tantôt on met le malade sur le dos et on procède de la façon suivante : le membre inférieur est saisi par le chirurgien qui lui imprime des mouvements de rotation en dedans tout en portant le col du fémur de dehors en dedans directement, ou bien il fléchit la cuisse petit à petit en essayant de rapprocher la tête de la cavité cotyloïde en lui faisant subir des mouvements de circumduction. Si la luxation est incomplète, la tête rentrera tout de suite, il n'y a qu'à souffler dessus, passez-moi l'expression. Mais, Messieurs, il n'y a que Malgaigne qui croit à ces luxations incomplètes et vous avouerez qu'il est difficile d'admettre comment une surface ronde, très-unie, très-lisse comme la tête fémorale puisse se tenir en équilibre sur une crête presque tranchante comme le rebord du sourcil cotyloïdien : ou bien la tête glisse en dedans et elle tombe directement dans la cavité ou bien elle passe en dehors et s'éloigne ainsi de la cavité.

On a pourtant essayé de démontrer l'existence de ces luxations incomplètes.

Dans quelques cas, la capsule n'est pas tellement déchirée qu'elle ne puisse retenir le col du fémur et par conséquent la tête non loin de la cavité; alors la réduction est très-facile; elle se fait par l'emploi de la manœuvre suivante: flexion de la cuisse sur le ventre, abaissement de la tête, mouvements de circumduction et de rotation.

D'autres auteurs ont proposé de mettre le malade sur le ventre : on approche alors le bassin sur le bord du lit ou d'une table et on le fait saisir par des aides qui le fixent. Le chirurgien met son genou dans le creux poplité du patient en faisant fléchir la jambe sur la cuisse et en maintenant le pied avec ses deux mains, puis il presse avec son genou pour abaisser l'extrémité supérieure du membre luxé : imprimant alors au pied des mouvements de rotation, il détermine la rentrée de la tête à sa place normale.

Ces procédés de douceur réussissent parfois, et surtout dans les cas de luxations récentes; vous aurez donc toujours à les employer ou au moins à les essayer; mais si vous voyez que vos efforts sont vains, il faudra, Messieurs, vous résoudre à employer les procédés dits de force.

On a imaginé une foule d'appareils plus ou moins ingénieux, plus ou moins compliqués pour exercer sur le fémur une traction telle que la tête puisse quitter la place anormale qu'elle occupe dans la fosse iliaque externe en arrière de la cavité cotyloïde. De tous ces appareils, les mouffles sont les plus anciens, ils sont aussi les plus coms modes et les plus sûrs depuis surtout qu'on peut mesurer la puissance de traction à l'aide d'un dynamomètre.

Dans ma précédente clinique, je vous ai dit les règles d'application des mouffles et vous m'avez vu mettre ces règles à exécution, je n'y reviendrai pas aujourd'hui; mais je dois vous prévenir qu'on a indiqué plusieurs modes de tractions. Tantôt on tire directement en bas : c'est logique; mais si la tête est dans l'échancrure sciatiqpe on peut abaisser la tête mtis on ne peut pas la ramener en dedans. Alors on emploie le mode préconisé par Pouteau et J.-L. Petit, mode qui consiste à maintenir le bassin fortement fixé, à fléchir la cuisse et à tirer de bas en haut, le point d'appui des mouffles étant pris au plafond. Nélaton a adopté cette méthode ; elle a du bon, elle est aussi fort logique, mais on ne peut pas l'appliquer dans tous les cas.

Chez notre malade par exemple; nous n'aurions jamais réussi en appliquant les mouffles de cette façon car nous n'aurions pas abaissé la tête.

Lorsque la luxation est réduite il faut la maintenir; il vous faut savoir en effet que quand la luxation est ancienne surtout, elle peut se reproduire. Malgaigne rapporte qu'ayant réduit une telle luxation, le malade la reproduisit en s'asseyant. Verneuil rapporte aussi un fait du même genre. C'est pour cela que vous m'avez vu prendre la précaution de lier les deux jambes du malade de façon à ce qu'elles ne puissent s'écarter et que vous m'avez entendu lui recommander l'immobilité la plus complète, lui défendant surtout d'aller à la garderobe. Le malade est resté très-tranquille et aujourd'hui, sa luxation ne s'étant pas reproduite ne se reproduira pas.

Il est intéressant encore, Messieurs, de savoir jusqu'à quelle époque après l'accident on peut réduire une luxation de la cuisse.

Astley Cooper défend de toucher à une luxation après huit semaines : d'autres disent après quinze jours, Messieurs, il faut toujours tenter de réduire à une luxation; il y a des exemples de réduction au 65e jour; Dupuytren en a réduit une au 78e jour, On cite l'exemple d'une luxation datant de deux ans réduite spontanément dans une chute : ceries ce sont là des accidents et des succès sur lespuels il ne faut pas compter et le nombre des luxations anciennes réduites est assez limité, mais il faut toujours essayer. Cependant, je puis dire qu'après quinze jours, la réduction est toujeurs difficile.

Chez notre malade, l'accident datait de 35 jours; la réduction s'est faite avec une facilité dont j'avoue avoir été un peu surpris; j'en suis heureux surtout pour cet homme qui est guéri maintenant, tandis qu'il n'y comptait pas beaucoup.

Nécrologie.—Le docteur *Vayssié* (G.) est mort à Gramat le 10 juillet, à peine âgé de 55 ans (*Union méd.*). — Le docteur Jean *Martin*, à Villeurbanne (*Lyon méd.*). — Le docteur *Jadelot* est mort récemment à Versailles (*Revue de thérap.*).

PATHOLOGIE INTERNE

Sur un cas d'exanthème de la muqueuse digestive,

par F. CHOUPPE, interne des hôpitaux.

Les exanthèmes aigus, ont, on le sait, une grande tendance à envahir les muqueuses qui avoisinent les orifices naturels, témoins l'angine scarlatineuse, la laryngotrachéite qui marque le début de la rougeole. Il n'en est pas de même des affections cutanées chroniques, qui, lorsqu'elles sont liées à une diathèse, n'envahissent pas en général les muqueuses, pourvu que celles-ci soient un peu profondément situées. Il est toutefois, certaines formes de pemphigus que l'on peut regarder comme s'étendant aux muqueuses digestives profondes, puisqu'alors, l'éruption cutanée s'accompagne de troubles digestifs, ou alterne avec une diarrhée qui souvent ne disparaît qu'alors que les bulles ont reparu sur la peau.

C'est de cette dernière affection que nous voulons rapprocher le fait suivant. Il ne s'agit pas, il est vrai, d'un pemphigus, ni même d'une affection cutanée; mais si l'on veut bien se donner la peine de le parcourir, l'on verra aisément combien, dans sa marche singulière, il a présenté d'analogie avec certaines formes d'herpès.

OBSERVATION. — M..., âgé de 41 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Pitié (service de M. le professeur VULPIAN), salle St-Raphaël, lit 26, le 22 avril 1870. — C'est un homme de haute taille, d'une constitution robuste qui n'a jamais fait aucune maladie grave. Il fut pris il y a 8 mois d'une diarrhée abondante qui l'affaiblit rapidement, et fut le point de départ d'un amaigrissement considérable, quoique l'appétit fût conservé; il entra alors dans le service de M. Desnos, d'où il sortit incomplètement guéri, mais assez amélioré cependant pour reprendre ses travaux de terrassier. Au bout de 15 jours, c'est-à-dire il y a un mois environ, il fut repris d'une diarrhéa intense, présentant les mêmes caractères que précédemment : selles fréquentes, en général très-limpides, parfois sanguinolentes. Cette diarrhée ne s'accompagnait pas de coliques. En même temps commença une toux pénible, quinteuse, accompagnée de crachats abondants et spumeux; jamais il n'eut d'hémoptysie.

État actuel. Voies digestives. Grande chaleur de la bouche, soif vive, appétit nul. La langue, ainsi que la muqueuse buccale, est rouge et tuméfiée; la langue est dépouillée à sa pointe et sur ses bords de sa couche épithéliale; dans les mêmes régions, elle est recouverte d'assez nombreuses petites vésicules remplies d'une sérosité légèrement lactescente. La muqueuse pharyngienne présente tout à fait le même aspect. Le malade qui a de la difficulté dans les deux premiers temps de la déglutition, éprouve au troisième temps la sensation d'un corps brûlant qui parcourt l'œsophage. Il a des nausées mais sans vomissements; la diarrhée est moins fréquente et surtout moins pénible depuis quelques jours. Au dire du malade cette amélioration aurait coïncidé avec l'apparition des troubles du côté des premières voies digestives. Système nerveux intact; il en est de même des appareils respiratoires at génito-urinaire.

Appareil respiratoire: toux fréquente, quinteuse; expectoration spumeusa abondante, sans aucune trace d'hémoptysie.

La percussion faite avec un soin minutieux ne révèle aucune altération de la sonorité thoracique en aucun point de la poitrine. A l'auscultation l'on entend des deux côtés des râles de bronchite qui ne prédominent en aucune région, et sont plus abondants aux bases qu'au sommet. — *Lavements laudanisés; — Gargarisme émollient.*

Pendant les jours suivants, l'inflammation de la muqueuse buccale diminue, la diarrhée augmente alors; puis, après une semaine environ, le malada jouit d'un état relativement bon; l'appétit revient, il marche, se promène. L'amélioration a été indiquée par un accès de fièvre assez intense, d'une durée de 24 heures à la suite duquel le malade a eu de l'herpès labialis.

Mais cette amélioration n'est pas de longue durée, au bout de 10 jours environ, les accidents buccaux reparaissent les premiers, puis ils gagnent le pharynx, l'œsophage, et en dernier lieu une nouvelle recrudescence de la diarrhée indique que la muqueuse intestinale est atteinte à son tour; alors le malade souffre pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Cependant la bronchite a disparu peu à peu, et l'on ne trouve pas de troubles notables de l'appareil respiratoire.

Tel est la tableau que nous retrouverons pendant tout le premier séjour du malade dans le service, jusqu'au 7 août 1872.

En présence de cette marche singulière de l'affection l'on essaie les traitements les plus variés. Pendant une première période, le malade prend de l'iodure de potassium, jusqu'à 4 gr. dans les 24 heures; puis la liqueur de Fowler à la dose de 10 gouttes.

Enfin vers le 20 juillet l'on revient à l'opium qui semble encore avoir produit les meilleurs résultats, et l'on donne progressivement 10, 15, 30 et jusqu'à 40 centigrammes d'extrait thébaïque. Sous l'influence de ce dernier traitement l'affection semble s'améliorer plus sérieusement, et le malade sort sur sa demande en assez bon état. Mais, pas plus que précédemment, l'amélioration n'est durable et le malade revient salle St-Raphaël, lit 4, le 19 août.

Il rentre pour les mêmes accidents. L'opium est donné de nouveau à hautes doses sans produire de résultats. M. le Dr BOUCHARD, qui remplace alors M. Vulpian lui donne successivement, dans l'espérance de substituer une inflammation franche, à l'exanthème qu'ainsi que M. Vulpian, il croit exister, d'abord la fleur de soufre, puis le sulfate de soude à dose de 5 gr. chaque jour. Ces moyens restant sans effets, il soumet le malade aux alcalins, au régime lacté sans obtenir de meilleurs résultats; il en revient enfin aux préparations arsenicales, toujours sans en retirer plus d'avantages.

M. Vulpian, en reprenant son service, tente une révulsion énergique sur la peau. Bains sulfureux (3 par semaine), bains de vapeurs (3 par semaine), frictions énergiques sur tout l'abdomen avec l'huile de croton tiglium. Résultats nuls, et jusqu'au 29 décembre, époque à laquelle le malade part pour Vincennes dans un état général très-satisfaisant, l'affection continue à évoluer avec une régularité désespérante.

Résumons maintenant la marche de l'affection afin de mieux en saisir l'ensemble. Elle semble assez nettement composée de deux périodes : une première période de calme pendant laquelle la santé est excellente, et dont la durée est en général de 5 à 8 jours. Une seconde pendant laquelle la bouche, puis successivement le pharynx, l'œsophage, l'estomac et le tube intestinal, sont successivement enflammés et donnent lieu à des symptômes presque toujours identiques. Cette dernière période offre une durée assez variable, car si dans certains cas tous les symptômes se produisent en 3 ou 4 jours, dans la plupart des cas leur durée embrasse 1 ou 2 septenaires. La fin de cette période est souvent marquée par un mouvement fébrile d'intensité variable, et presque toujours suivi d'*herpès labialis*.

Nous disions en commençant que l'on pouvait croire ici à la production sur les muqueuses digestives d'une éruption herpétique. Sur quelles raisons est-on autorisé à baser ce diagnostic?

1° En premier lieu l'analogie qui existait entre l'herpès des muqueuses et l'éruption constatée *de visu* dans la bouche et le pharynx.

2° La succession des phénomènes d'herpès labialis et d'éruption des muqueuses peut autoriser à croire que l'on avait dans tous les cas à faire à une même affection.

3° Le mode de répétition même des symptômes peut faire penser qu'on avait sous les yeux une manifestation d'une affection générale et non une inflammation primitive et franche des voies digestives qui eut guéri complétement, ou bien, si elle se fut reproduite, n'eut pas reparu avec la régularité que nous avons signalée.

4° L'analogie des symptômes dans ce cas, avec ceux du pemphigus successif (Hardy) permet de croire qu'il s'agit d'une affection analogue et que l'on peut rapporter l'éruption des muqueuses à l'éruption cutanée que, seule, on a pu constater, c'est-à-dire à l'herpès.

Quoi qu'il en soit, du reste, nous livrons le fait tel qu'il est à la critique, croyant qu'il est utile de le faire connaître, afin que de nouvelles observations viennent lever tous les doutes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Bureaucrates de l'Ecole de Médecine.

Conformément à une pratique, par malheur trop générale dans nos administrations, les employés des bureaux de la Faculté de médecine sont loin de se montrer toujours affables et complaisants, dans leurs rapports avec les étudiants. Cette manière d'être désagréable, qui a des inconvénients de plus d'un genre, est surtout très-marquée vis à vis des étudiants de première année lesquels, au contraire, auraient besoin d'être accueillis avec bienveillance et mis exactement au courant des us et coutumes de l'Ecole. Plus tard, lorsque les étudiants connaissent déjà le terrain, ils peuvent à l'occasion rappeler MM. les bureau-

crates à l'accomplissement de leur devoir et au respect des convenances.

Aujourd'hui, les choses en sont arrivées à tel point que ce sont MM. les employés qui font les séries pour les examens et pour les thèses. Selon que c'est tel ou tel imprimeur, le candidat passera sa thèse le jour qui lui convient ou sera reculé aux calendes grecques.

A l'appui de ces assertions nous pourrions citer un grand nombre de faits, mais nous nous bornerons aux suivants qui suffisent amplement, croyons-nous, pour édifier nos lecteurs et pour éveiller l'attention de M. le Doyen.

1° Il y a quelque temps un de nos amis est prévenu par un des professeurs chargés de faire la liste des séries pour les examens qu'il doit subir un examen tel jour de la semaine. Notre ami, se rend au secrétariat pour connaître le nom de ses autres examinateurs. Grand fut son étonnement lorsqu'on lui dit que son nom n'était pas sur la liste. Le professeur, sûr de ce qu'il avait fait et dit, fut obligé d'intervenir pour rétablir les choses dans leur ordre naturel : l'un des employés avait tout simplement mis le nom d'un de ses protégés à la place de celui de notre ami.

2° Tout récemment encore un étudiant avait fait signer sa thèse par un professeur de chirurgie. Celui-ci ayant pris un congé se trouva dans l'impossibilité de présider la thèse. Le candidat, dans l'embarras, s'en va trouver nos bureaucrates lesquels le renvoient à leur imprimeur favori qui, sans se gêner le moins du monde, changea le nom du Président de thèse. On juge de la surprise de ce dernier, professeur de médecine, quand il se vit chargé d'examiner une thèse de chirurgie qu'il n'avait jamais eue sous les yeux et dont il ne connaissait pas l'auteur.

Nous avons cru de notre devoir de signaler ces agissements déplorables, convaincus que M. le Doyen fera tous ses efforts pour les faire disparaître. Dans le cas où notre espoir serait déçu nous nous proposons de reproduire tous les faits qui nous seront communiqués.

Le choléra.

Les renseignements que nous trouvons dans les journaux de médecine des diverses parties de l'Europe, nous indiquent d'une façon déplorablement précise que l'épidémie actuelle est en pleine évolution. En même temps que le choléra continue à sévir dans la Pologne, la Hongrie, la Gallicie, la Bulgarie, etc., contrées où il semble avoir en quelque sorte élu domicile depuis quelques mois, il a envahi d'une part l'Autriche et le nord de l'Italie, d'autre part le midi de la Suède.

En Autriche, malgré la réserve des journaux, il n'est nullement douteux qu'il fasse quotidiennement des victimes. En Italie, il gagne chaque jour du terrain.

Enfin, et c'est là, un nouveau motif pour prendre des précautions sérieuses, le choléra a fait son apparition : 1° à Londres, où en plus des cas nombreux de diarrhée et des cas de choléra nostras, on a constaté deux cas de choléra épidémique ; 2° à Strasbourg où, le 2 août, on a enregistré un décès par le choléra asiatique.

Cette extension progressive et lente de l'épidémie permet aux médecins et aux administrateurs vigilants d'insister sur les moyens capables de s'opposer, autant que possible à l'invasion, ou tout au moins, de recommander les précautions hygiéniques les plus propres à atténuer la gravité du mal.

Il nous paraît donc urgent que la surveillance de l'hygiène publique devienne plus rigoureuse. Le balayage, la désinfection des urinoirs et des bouches d'égout, et surtout l'arrosage des rues, doivent être faits avec le plus grand soin. On doit se montrer plus rigoureux que jamais dans la livraison aux consommateurs des substances alimentaires. Cette sévérité est motivée d'ailleurs par les grandes chaleurs qui existent aujourd'hui. Enfin les citoyens doivent, de leur côté, veiller à leur hygiène privée, s'abstenir avec soin de tout excès et au moindre signe de danger, ne pas hésiter à faire appel à leur médecin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il va soumettre aux votes de l'Académie les conclusions du rapport sur la réorganisation du service de santé militaire.

1° *Le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires doit être rejeté, comme préjudiciable aux intérêts de l'armée.* Cette première proposition mise aux voix est adoptée à une grande majorité.

2° *L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent et pris dans son sein.*

M. LEGOUEST demande que l'on modifie ainsi qu'il suit la fin de la proposition précédente : « Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef pris dans son sein et de la profession médicale. »

M. POGGIALE dépose l'amendement suivant : « Il est nécessaire dans les intérêts du service que les deux branches du corps de santé, médecine et pharmacie, soient indépendantes l'une de l'autre. »

M. FAUVEL vient démontrer qu'il ne suffit pas que la direction du service de santé appartienne à un médecin, mais il faut que ce directeur ait une autorité absolue sur tout ce qui regarde le service, en conséquence il propose que l'article 2 soit ainsi conçu : « Il est nécessaire que le service de santé soit placé sous la direction d'un médecin qui aura toutes les attributions de sa compétence. »

M. LARREY se rallie à la proposition de M. Legouest ; M. Giraldès appuie celle de M. Fauvel. Ces différents amendements sont mis aux voix. Celui de M. Poggiale est repoussé à une grande majorité. Ceux de MM. Legouest et Fauvel sont adoptés.

3° *L'autonomie du service de santé entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée.*

M. GAULTIER DE CLAUBRY propose un amendement par lequel « les mêmes grades, droits et prérogatives, sont accordés aux médecins et aux pharmaciens. » Personne n'appuie cet amendement qui par conséquent ne sera pas mis aux voix.

M. WURTZ trouve que l'adoption des deux premières propositions du rapport rend la troisième inutile, il demande donc qu'elle soit supprimée et si elle est maintenue il votera contre.

M. CHAUFFARD demande le maintien de la proposition.

M. BÉHIER se rallie à l'opinion de M. Wurtz, la suprématie de la médecine sur la pharmacie est suffisamment établie par le vote de l'article 2, l'orateur ne votera pas un paragraphe où se trouve le mot subordination qui peut paraître blessant aux pharmaciens. — MM. Hérard, Fauvel, Giraldès sont de l'avis de M. Béhier.

Tour à tour MM, LARREY, LEGOUEST, CHAUFFARD demandent le maintien de l'article et expliquent que le mot subordination

s'applique à des militaires et que dans l'armée il a un sens beaucoup plus élevé que celui que les pharmaciens affectent de lui donner.

M. Verneuil pense qu'il est nécessaire de maintenir l'article. La plupart des académiciens considèrent la subordination des pharmaciens comme un fait nécessaire il faut avoir le courage de l'écrire afin qu'il n'y ait plus de difficultés à l'avenir. Mis aux voix, le maintien de l'article 3 est rejeté; 18 membres seulement votent pour. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *mai.* — Présidence de M. Charcot.

Lésions de nutrition chez un enfant nouveau-né,

Par H. Liouville.

M. Liouville montre diverses pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de quatre jours qui fut présenté à la clinique de M. Richet et qui mourut à la crèche de la salle Saint-Antoine, avec les signes d'une grande faiblesse. La peau, dès sa naissance, rappelait celle des enfants atteints d'icthyose. On eut dit qu'elle avait été couverte dans toute son étendue, d'une couche de collodion, fendillée par place au niveau des plis de flexion (coude-pied, coude, région cervicale antérieure) de même qu'aux commissures labiales où existaient de véritables gerçures de formes allongées. Il y avait aussi quelques taches sur la peau, qui, d'une façon générale, avait une coloration ictérique.

Le *foie* présentait des zones blanchâtres. Le *thymus* offrait des kystes à contenu puriforme; mais aucun organe ne montrait de tumeurs gommeuses (on les a recherchées avec soin)

On n'a pas noté non plus d'engorgement ganglionnaire spécial; mais sur la face interne du crâne on trouvait quelques taches jaunâtres, existant sur la dure-mère et sur quelques points des pertes de substances isolées ou rapprochées plus ou moins accusées et quelques-unes même complètes, quant à l'os, au moins, car il restait pour les plus avancées une membrane composée des deux périostes. Diverses coupes pratiquées sur les os longs (fémur et humérus) n'ont pas fait découvrir les lésions syphilitiques décrites par M. Parrot, dans ces derniers temps, avec détails. Il n'existait nulle trace de syphilis chez la mère, mais quelques renseignements (peut-être moins précis) pris sur le père n'étaient pas aussi favorables à l'idée de parents indemnes de syphilis. Or, dans ce doute, les lésions de la peau, l'ictère et les pertes de substance du crâne, avec altération méningée, comme aussi la mort si rapide de l'enfant, ne doivent-elles pas appeler l'attention sur une affection syphilitique possible.

C'est à ce sujet, qui peut trouver son application en médecine légale dans des cas analogues, que M. Liouville voudrait demander son avis à la société, et surtout à M. Parrot dont les études font autorité.

M. Parrot. Il s'agit là d'un état cachectique congénital intra-utérin. Ce fait n'appartient pas à la syphilis congénitale: 1° parce que les viscères sont sains; 2° parce que les lésions cutanées ne sont pas syphilitiques. Chez les enfants qui ont souffert pendant la gestation, la peau présente les altérations que nous voyons ici. On croirait, en effet, qu'on l'a couverte de collodion, ainsi que l'a fait remarquer M. Liouville. Mais il n'y a pas là indice de syphilis, les fissures cutanées sont la conséquence des lésions de l'épiderme. M. Liouville nous a montré de petites taches sur la plante des pieds. On pourrait croire qu'elles sont les restes d'un pemphigus. Ce serait à tort, car, si c'était réellement du pemphigus, il y aurait au-dessous de l'épiderme une collection puriforme. Quant à l'usure des tables interne et externe des os du crâne, elle est fréquente chez les enfants qui n'ont aucune trace de syphilis. J'ai des crânes qui offrent 5 ou 6 usures de ce genre.

Quelquefois, le crâne n'a plus qu'un quart de millimètre d'épaisseur. Chez les enfants qui ont des lésions de cette espèce, il y a une perturbation nutritive. Or, en pareil cas, durant la vie intra-utérine, la perturbation nutritive porte promptement sur les os. Enfin je dois dire que, selon moi, les os longs sont, en réalité, normaux.

Luxation tibio-tarsienne en avant et en dehors compliquée de fractures multiples, par Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

Louise G..., 38 ans, fait en octobre 1871 une chute dont les suites l'ont amenée dans le service de M. Désormeaux où elle vient de subir l'opération qui nous a fourni la pièce dont il s'agit. La chute a eu lieu en montant un grenier à fourrage au moyen d'une échelle. Un médecin, appelé le lendemain de l'accident, a constaté, dit la malade, la présence d'un os dans une plaie faite aux téguments, Des cataplasmes ont été appliqués durant 7 à 8 semaines; puis on a tenté d'appliquer un appareil que la malade, excessivement craintive et sensible, n'a pu supporter. A ce moment, janvier 1872, les mouvements imprimés au pied faisaient encore saillir un os.

Puis à partir de mars 1872, une ankylose s'est peu à peu formée. Depuis lors jusqu'en décembre 1872, époque à laquelle la malade est entrée dans le service avec une ankylose complète, il est sorti des fragments d'os, et la suppuration n'a pas tari: il existait même un orifice fistuleux à la partie antérieure de la malléole externe. Autour de cet orifice s'est développé un érysipèle qui, devenu bientôt phlegmoneux, nécessita plusieurs incisions, et dont la suppuration longtemps prolongée a retardé l'opération. L'ankylose était alors complète, et l'attitude du pied, disposé en équin varus, rendait impossible l'usage de tout le membre.

Une amputation sus-molléolaire a été pratiquée et la pièce présente les particularités suivantes:

1° Luxation tibio-tarsienne en avant et en dehors; 2° Luxation incomplète du cuboïde sur le calcanéum; 3° Luxation incomplète du scaphoïde sur l'astragale: 4° Fracture des deux malléoles; 5° Ecrasement de l'astragale; 6° Ankylose de l'astragale écrasé avec le calcanéum, le scaphoïde, les deux os de la jambe luxés, et les deux malléoles fracturées; 7° Pied bot équin varus. Nous avons constaté, en préparant la pièce, que tous les tendons étaient adhérents aux os, sauf celui du jambier postérieur.

Quelqu'incomplets que soient les renseignements fournis par la malade, il a fallu s'en contenter, car il était impossible de les compléter, le médecin qui la soignait étant mort.

1° Nous croyons avoir à faire à une luxation.

Malgaigne décrit comme telles des cas compliqués de fractures multiples comme celui qui nous occupe, et notamment il parle d'une luxation compliquée de fracture de l'astragale, du calcanéum et du tibia avec issue des os par une plaie des téguments.

« Une luxation concomitante, une plaie de l'articulation sont » le plus souvent les phénomènes qui attirent particulière» ment l'attention du médecin. — Dans la plupart des cas, » lorsque l'astragale est le siége de fracture, il existe en même » temps des lésions de même nature sur les os environnants, » et c'est à peine si la fracture de cet os peut être considérée » comme le fait principal. » Ainsi s'exprime M. Labbé.

2° Cette luxation appartient à la variété en avant et en dehors. Un cas, celui de Bardy (Th. de Strasbourg, an XII), se rapproche beaucoup du mien: « La pointe du pied était en » bas, mais tournée en même temps en dedans, et le talon en » dehors. » Si la pointe était en bas, le talon devait, ce me semble, être en haut, comme dans la pièce que je présente.

« Malgaigne fait remarquer que cette rotation en dedans » devrait se montrer au moins quelquefois dans une adduction » forcée que, cependant elle n'est accusée par aucun observa» teur, tout au plus, pourrait-on l'induire de quelques mots » de Dupuytren. Quant à l'abaissement du pied, il semble » accuser *un certain degré de déplacement du tibia en avant qui* « *peut-être n'est pas très-rare.* »

Ainsi dans un cas de Dupuytren, les os sortaient par une plaie qu'ils avaient faite aux téguments *en avant et en dehors.* Dans un cas d'Astley Cooper, les os sortaient *vers la malleole externe, et un peu en avant.*

Et Malgaigne arrive à cette conclusion que « si les faits se » multipliaient, la luxation en avant et en dehors pourrait » peut être réclamer une description spéciale. »

Je ferai remarquer que, dans ma pièce, la luxation incomplète du cuboïde sur le calcanéum, et la luxation également incomplète du scaphoïde sur l'astragale (luxation dont on

apprécie mal l'étendue par suite du broyement de l'astragale) ont singulièrement facilité la production du piedbot équin varus, et exagéré cette déviation. Peut-être en était-il de même dans le cas de Bardy, cité plus haut.

Fistules urinaires, fausse route, (albuminurie aiguë),
par E. Martin.

Kif... Jean, 50 ans, est entré, à l'hôpital Necker, le 29 janvier 1873 et est mort le 17 avril.

Antécédents. — Le malade n'a éprouvé de la difficulté à uriner que depuis 5 mois. — *Rétention d'urine* il y a 4 mois. Un médecin le sonde avec une sonde en argent et détermine une hémorrhagie assez abondante.

Entré à l'hôpital St-Antoine, on essaya en vain pendant quatre jours de le sonder avec une sonde en argent et on ne réussit que le cinquième jour. Il survient de la fièvre qui persiste assez longtemps, puis une poche urineuse et un commencement d'infiltration. — On place une sonde à demeure puis on pratique 4 incisions au périnée. — Au bout de deux mois et 1[2 le malade rentre chez lui avec une sonde à demeure mais deux fistules urinaires persistent et laissent écouler de l'urine; — Entré le 29 janvier à Necker. *Examen local.* — On constate au périnée la présence de plusieurs cicatrices et d'une ouverture de trajet fistuleux à trois travers de doigt de l'anus sur la ligne médiane; le stylet pénètre obliquement dans le trajet d'arrière en avant en se dirigeant vers la symphise dans l'étendue de 4 1[2 centimètres. En arrière de cet orifice, un peu à gauche de la ligne médiane tout près de l'anus, seconde ouverture communiquant facilement avec l'orifice antérieur. Par cette fistule postérieure, on introduit le stylet dans toute sa longueur, on le sent profondément sur le côté gauche du scrotum. Il ne se passe pas de jour sans que l'urine s'écoule par les fistules malgré la sonde à demeure. On enlève cette sonde; le malade se sonde toutes les fois qu'il a envie d'uriner. — Pas d'albumine dans les urines.

1er *février*. Le malade se sonde difficilement avec le nº 22 facilement avec le 18.

5 *février*. L'urine s'écoule encore par les fistules.

6 *février*. Injection de teinture d'iode, on commence par la fistule la plus postérieure.

11 *février*. Embarras gastrique, fièvre urineuse.

12 *février*. Encore de la fièvre. Thé au rhum. Sulfate quinine 15 centigrammes.

13 *février*. Encore de la fièvre, le malade ne se sondera plus.

17 *février*. Les accès de fièvre ayant fait cesser le cathétérisme le malade perd par les fistules 30 à 40 gr. d'urine chaque fois qu'il urine; ce matin on replace une sonde à demeure, la fièvre a disparu.

21 *février*. Il s'écoule fort peu d'urine par les fistules, nouvelle injection de teinture d'iode dans la fistule postérieure.

27 *février*. Les fistules paraissent se cicatriser.

10 *mars*. On change de sonde, il ne passe plus d'urine par la fistule postérieure.

19 *mars*. Ouverture d'un abcès au niveau de la fistule antérieure dont l'orifice était fermé.

31 *mars*. Le malade est pris de fièvre : râles secs d'œdème à la base droite.

Bouffissure des paupières, pas de douleur rénale bien marquée. L'examen des urines révèle la présence d'une quantité très-considérable d'albumine. Scammonée; 50 c. sulfate quinine.

2 *avril*. On enlève la sonde à demeure. Urine peu abondante couleur foncée. Toute l'urine s'écoule par le canal. Constipation, Scammonée.

10 *avril*. L'œdème se généralise; la gêne de la respiration augmente. Râles secs aux deux bases. Sinapismes, ventouses sèches.

15 *avril*. Gêne considérable de la respiration. Pouls faible ce matin; l'œdème a gagné la presque totalité des deux poumons et est marqué surtout aux deux bases. — Applications du marteau de Mayor. Potion à l'acétate d'ammoniaque glace.

16 *mars*. — La gêne de la respiration persiste; respiration haletante. Le malade meurt asphixié, le 17, à une heure de l'après-midi.

Autopsie. 40 heures après la mort. — *Cœur* très-volumineux, dilatation énorme des cavités droites, pas de lésion des valvules. — *Poumons*. Congestion intense aux deux bases. — *Foie* volumineux, fortement congestionné.

Reins. — Capsule épaissie, fort adhérente à la couche cellulaire environnante; la face interne de la capsule est sillonnée de vaisseaux. — *Rein gauche.* Surface mamelonnée présentant des portions violacées et déprimées à côté d'autres portions plus claires à piqueté jaunâtre faisant saillie. — *Rein droit.* La surface est moins foncée que celle de gauche; à la partie antérieure et supérieure on trouve un mamelon de couleur gris jaunâtre dur et présentant à la coupe une surface lisse et jaunâtre.

A la coupe. — Dilatation des calices et du bassinet. On distingue peu nettement la différence entre les deux substances. La substance médullaire présente à peu près son aspect normal. — La *substance corticale* présente une couleur gris jaunâtre et une consistance plus ferme que normalement; les pyramides de Bertin font une saillie marquée.

A la coupe du *rein gauche*, il est impossible de distinguer la substance corticale de la substance médullaire.

A la partie moyenne tissu dur et jaunâtre à piqueté rouge. A la partie supérieure de l'organe la distinction entre les deux substances est encore possible. Les deux reins sont notablement augmentés de volume.

Coupe transversale, portion corticale. — L'examen microscopique démontre la présence de tubes urinifères doublés de diamètre au moins. — La substance conjonctive est épaissie. L'épithélium qui tapisse l'intérieur des tubes est boursoufflé, gonflé. La lumière du tube a presque entièrement disparu. On constate la présence de tubes hyalins jeunes. — Pas de pus. — En somme les lésions de la néphrite interstitielle chronique et d'une affection de Bright aigüe et récente.

Vessie. — Un peu de cystite chronique. Vessie volumineuse, épaissie. Hypertrophie peu marquée de la prostate; pas trace de rétrécissement, mais, au niveau du collet du bulbe il existe une dépression en cul de sac et une déchirure de la muqueuse uréthrale; on constate à ce niveau, sur la paroi inférieure de l'urèthre l'ouverture interne du trajet fistuleux qui vient s'ouvrir au périnée. Le trajet se divise en deux près de la peau, mais la partie postérieure est oblitérée dans une certaine étendue, et l'ouverture postérieure est entièrement cicatrisée. Quelques gouttes de liquide sortent par l'ouverture antérieure située à trois travers de doigt de l'anus. Le trajet est incisé : il présente une direction oblique en bas et en arrière mais sans sinuosités bien marquées.

M. Charcot. — Il y avait, dans ce cas, une dilatation des urètères et des bassinets, lésions qui sont probablement la conséquence des lésions de l'urèthre et de la vessie. La maladie de Bright — et c'est là un point intéressant — semble avoir eu son origine dans la maladie ancienne des uretères et des bassinets.

MALADIES DES VOIES URINAIRES.

Résorption urineuse et urémique dans les maladies des voies urinaires etc. par le Dr Jules Girard, interne des hôpitaux de Paris. Paris, Ad. Delahaye.

Nous avons lu ce travail très-bon et très-consciencieux avec un intérêt d'autant plus grand que nous même avons abordé le même sujet, (1) et que nous sommes arrivés à des conclusions bien différentes de celles de M. Girard. La question est encore loin d'être épuisée, et nous demanderons au lecteur de jeter un coup d'œil avec nous sur les points les plus intéressants de cette discussion. Résumons d'abord, du mieux qu'il nous sera possible les opinions de notre excellent collègue :

(1) *De la fièvre dans les maladies des voies urinaires,* par le Dr A. Malherbe. Paris, Ad. Delahaye.

M. Girard admet que la fièvre uréthro-vésicale, ou mieux l'intoxication urineuse et l'urémie dépendent de deux causes principales:

1° La résorption de l'urine *altérée* soit par l'urèthre, soit par la vessie dépouillée de son épithélium ;

2° Les lésions rénales, dont le rôle pour être assez important, l'est moins que celui de la résorption urineuse.

M. Girard accuse d'exclusivisme, et au premier abord on serait tenté de lui donner raison, ceux qui rapportent tout à l'absorption de l'urine altérée, et ceux qui mettent tout sur le compte de la lésion rénale.

Il faut convenir en effet que la théorie de la résorption de l'urine altérée est très-séduisante ; mais concorde-t-elle avec tous les faits observés? Nous ne le pensons pas. Quant à faire une distinction clinique entre les faits d'intoxication qui seraient dus à la résorption et ceux qui dépendraient d'un trouble sécrétoire du rein, nous ne croyons pas que cela soit actuellement possible.

La lecture des observations de M. Girard et des miennes montre que nous avons observé la même maladie, et quant aux faits nous sommes parfaitement d'accord. Discutons un peu l'interprétation.

La principale objection que l'on peut faire à la théorie de la résorption de l'urine, c'est que dans nombre de cas qui semblent plus favorables à cette résorption, on ne voit aucun accident se produire ; d'un autre côté, dans *tous les faits* que nous avons observés (cinq autopsies), les reins étaient malades. Dans plus de la moitié des autopsies consignées sur le registre de M. Guyon à l'hôpital Necker, on trouve la néphrite signalée.

Presque tous les malades qui ont eu longtemps une affection des voies urinaires ont au moins une atrophie partielle de l'un des reins. Quant au fait de la congestion et de l'inflammation des reins sous l'influence de l'état de la vessie ou des parties profondes de l'urèthre, il est tout-à-fait comparable à l'épididymite qui suit la blennorrhagie, et susceptible comme elle de deux explications, la propagation de l'inflammation par continuité de tissu, ou bien l'inflammation d'origine sympathique ou réflexe.

Quant aux faits contradictoires, c'est-à-dire aux observations de fièvre sans lésion rénale, il n'y en a qu'une d'inattaquable ; elle est rapportée par M. de Saint-Germain, et nous l'avons reproduite. Nous le répétons nous n'avons trouvé que ce fait unique dans les nombreuses recherches que nous avons faites.

En consultant les observations recueillies par M. Girard, nous voyons d'abord un fait d'uréthrotomie externe à la suite duquel le malade succombe. On trouve la prostate changée en une poche de pus. Le malade avait la face jaune, terreuse; il avait eu des accès de fièvre qui n'avaient point cédé au sulfate de quinine. Les reins étaient parfaitement sains. Il est impossible de voir là un fait d'intoxication urineuse. Le malade a succombé à sa prostatite suppurée, ce qui n'a rien d'étonnant, d'autant plus que l'influence nosocomiale est souvent presque aussi funeste à la Maison de santé que dans les hôpitaux ordinaires.

Parmi les autres observations dues à notre collègue lui-même celles qu'il rapporte jusqu'au n° 10 ne sont pas suivies d'autopsies, soit que le malade ait guéri, soit que la nécropsie n'ait pu être faite. Jusqu'au n° 14, les observations empruntées à divers auteurs ne contiennent pas de nécropsie.

L'obs. XIV, due à M. Girard, est un cas de néphrite calculeuse et de néphrite interstitielle. Les accidents urémiques ont débuté par un accès de fièvre avec frisson. Ici tout est dans la règle.

Remarquons ici l'abaissement de la température. Nous croyons avoir été le premier à signaler ce fait que les malades succombant à la fièvre urémique meurent avec un abaissement de température. Cela concorde avec les recherches déjà anciennes de Bourneville sur l'urémie non chirurgicale.

Les autres observations de M. Girard sont des faits de lésions rénales. Pour ceux-là nous sommes parfaitement d'accord. Seulement nous croyons que notre collègue est dans l'erreur lorsqu'il rapporte les accès moins intenses à la résorption urineuse. M. Girard sait comme nous que dans les infiltrations urineuses très étendues qui se terminent par la mort, on observe un état fébrile continu, et des symptômes d'infection putride, mais sans accès de la fièvre dite uréthrale.

Son observation XXIV est la preuve qu'il a vu de ces faits. De plus, même avec la foi la plus robuste, on aura peine à croire que le simple passage d'une bougie enlève assez l'épithélium de la vessie, pour favoriser une absorption d'urine si rapide que dès le soir, et quelquefois immédiatement, il survient un accès de fièvre ?

En faveur de quelle théorie plaideront les faits de mort rapide après la taille ou l'uréthromie externe, quand le frisson débute dès la fin de l'opération et que le malade succombe avec suppression des urines?

Nous ne pourrions insister davantage sans abuser peut être de la patience du lecteur. Un mot encore cependant, à propos du traitement de la fièvre urémique.

Dans un compte-rendu très-bienveillant de notre thèse, M. Paul Lucas Championnière insiste sur la partie consacrée au traitement, et sur la proscription dont nous avons frappé le sulfate de quinine (*Journal de méd. et de chir. pratiques* févr. 1873).

Nous répéterons à ce sujet que le sulfate de quinine peut être employé pour faire baisser la température, ou pour prévenir les accès, mais que d'une part il est impossible d'affirmer qu'il prévienne vraiment la fièvre, et que d'autre part nos tracés nous ont fait voir que son influence curative était presque nulle. Nous le croyons sans danger, mais nous pensons qu'il serait peu sage de se borner à son emploi, alors que l'alcool paraît avoir donné des succès incontestables dans le service de M. Guyon.

Les lecteurs qui désireraient approfondir la question de l'intoxication urineuse liront avec intérêt les ouvrages suivants : un chapitre de Civiale dans les *Maladies des organes génito-urinaires* ; un passage du *Traité de la pierre dans la vessie* (Paris 1860) ; l'introduction de M. Reliquet (*Opérations des voies urinaires*) ; enfin, notre thèse et celle que nous venons d'analyser. On y verra représentées toutes les opinions qui paraissent s'approcher de la vérité, et l'on pourra faire son choix faute d'une démonstration irréfutable qui se fera peut-être longtemps attendre. Dr A. MALHERBE.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VI. Opiat balsamique (Trousseau).

Copahu	15 gr.
Cubèbe pulvérisé	50 id.
Tartrate ferrico-potassique	5 id.
Sirop de coing	9 id.

Mêlez pour faire un opiat dont on donnera trois fois par jour un bol de grosseur d'une noisette aux sujets atteints de blennorrhagie (*Bordeaux médical*).

Pour tous renseignements relatifs au congrès de Lyon, on peut s'adresser à l'une des adresses suivantes : Lyon, M. le docteur Hortel, secrétaire du comité local, au palais Saint-Pierre ; Paris M. C. M. Gariel, secrétaire, 76, rue de Rennes.

VII. Formules contre l'asthme.

Le docteur Thorowgod préconise contre l'asthme l'hypophosphite de soude et les inhalations suivantes dont la formule est due au docteur Symond.

R. Ether	30 gr.
Acide benzoïque	15 id.
Beaume de Pérou	8 id.

Ou encore suivant une autre formule.

R. Ether	2 id.
Essence de thérébentine	15 id.
Acide benzoïque	15 id.
Baume de Tolu	8 id.

Placer le mélange dans un flacon à large ouverture. La chaleur de la main suffit pour provoquer la volatilisation des substances. (*The Doctor*).

VIII. Du sulfocarbonate de zinc dans le purit de la vulve.

M. J. Brown préconise dans le *Med. Examiner* du 15 août 1872, contre le prurit invétéré de la vulve, une solution de deux grammes de sulfo-carbonate de zinc dans 30 grammes d'eau distillée. La vulve doit être d'abord soumise à un bain d'eau tiède, puis, deux fois par jour, elle est lotionnée avec le mélange précédent; chaque fois, on doit la laisser sécher sans l'essuyer. Une dame souffrant depuis longtemps, d'un purit vulvaire, fut soumise à cette médication ; la guérison eût lieu au bout de trois semaines. (*Medical Record* et *Ann. de Dermatologie.*).

REVUE CHIRURGICALE

Splénotomie.

Le docteur Urbinati (de Cesana) vient d'exécuter cette opération, le 20 juin dernier. L'incision fut faite sur la ligne médiane mesurant 18 centimètres, et en y comprenant la cicatrice ombilicale. Après avoir lié trois artères, et incisé le péritoine, la rate se présenta d'elle-même, libre d'adhérence, et son extirpation ne présenta point de difficultés. L'épiploon fut détaché en plaçant les ligatures. Une ligature métallique fut placée autour des gros vaisseaux et du tissu cellulaire qui les entouraient. La toilette du péritoine faite, on procéda à la suture : cinq points profonds et sept superficiels.

La rate pesait 1205 grammes. L'opération dura un peu plus d'une heure. Le résultat définitif n'est pas publié, mais nous en rendrons compte à nos lecteurs.

N'oublions pas de dire, que le siége de la tumeur a été diagnostiqué par M. Urbinati, et qu'il a procédé à l'opération en connaissance de cause. (*Raccoglitore medico*, et *L'osservatore*, 1er *juillet* 1873.)

De l'onyxis malin et de sa guérison, par M. Vanzetti. Mémoire lu à l'Institut vénitien des sciences, lettres et arts, le 24 avril 1871. — Vol. XVI des Mémoires de l'Institut.

L'onyxis malin a été confondu pendant longtemps avec l'ongle incarné. Monteggia l'a décrit le premier (1812-1805) sous le nom de « carie humide des ongles ». Bernstein (1805) en parle comme d'une maladie propre aux Indes occidentales. Wardrofs (1833) et Delpech (1823) s'en occupèrent plus tard. Malgré ces travaux importants, Dupuytren n'hésita pas à s'attribuer la découverte de l'onyxis malin, et il croit être le premier à établir la distinction entre l'ongle incarné et l'affection de la matrice de l'ongle. Cette distinction a été souvent négligée depuis et dans plusieurs monographies plus récentes les deux maladies se trouvent confondues l'une avec l'autre. Parmi ceux qui les ont bien observées et distinguées on peut citer M. Gosselin (Th. d'Esmenard, 1861). Le mémoire de M. Vanzetti est une monographie très-complète, dont les conclusions sont d'une utilité pratique incontestable.

La description des symptômes est très-soignée, et un résumé montrera en quoi consiste le diagnostic différentiel. L'onyxis malin présente trois périodes : 1° Congestion et inflammation ; 2° Ulcération ; 3° Etat stationnaire de l'ulcère formé qui produit des douleurs et des souffrances atroces qu'on ne retrouve pas dans l'ongle incarné. L'ulcération se propage aux tissus environnants, et des altérations graves et multiples s'en suivent. L'ulcération est au début circum-unguéale. Quant à l'ongle, il peut tomber en partie, et alors on aperçoit le lit ulcéré ; ou bien son accroissement continue Si on vient à l'arracher, il se régénère, et cette persistance des fonctions reproductives de la matrice unguéale est un sujet d'étonnement pour le clinicien de Padoue. Ceci prouve, dit il, que là n'est pas le siége de l'altération.

L'onyxis malin peut-il guérir spontanément ? Non. M. Vanzetti ne connait qu'une exception. La tenacité est son principal caractère. Tous les traitements restent inefficaces (avulsion de l'ongle, cautérisation) et le principal but de l'auteur de ce mémoire est de préconiser un moyen de guérison dont l'efficacité est telle que son emploi l'a « réconcilié » avec cette maladie, qui lui était si « odieuse » auparavant. Mœrloose (1864-1865) avait déjà constaté les bons effets du nitrate de plomb dans cette affection, mais on semble avoir oublié ses résultats. Le travail de M. Vanzetti fera, nous l'espérons, recourir plus souvent à ce précieux médicament. Voici comment il l'emploie : on commence par couper l'ongle pour le mettre au niveau de l'ulcère, et on recouvre ce dernier de nitrate de plomb en poudre. Il ne tarde pas à s'y former une croûte qui tombe bientôt pour laisser une plaie de très-bel aspect ; l'ongle repousse comme avant.

M. Vanzetti rapporte onze observations. Dans toutes l'action a été si rapide et le résultat tellement merveilleux, qu'en les lisant on éprouve d'abord un sentiment de méfiance, entraînant plus tard une conviction profonde quand on se rappelle l'esprit scientifique de M. Vanzetti et le respect qui s'attache à son nom. Son initiative a été suivie, et depuis, 18 nouveaux cas de guérison ont été publiés par plusieurs chirurgiens italiens MARCANO.

BIBLIOGRAPHIE

Les ambulances de la Presse. — In-8 de 374 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1873. J. B. Baillière.

« *Les ambulances de la Presse*, tel est le titre du livre utile que viennent de publier MM. Ricord et Demarquay. A tous ceux qui ont traversé les champs de bataille, pendant les jours néfastes du siége de Paris, l'ouvrage que nous signalons offre un intérêt particulier, mais pour ceux qui, de près ou de loin, ont concouru à donner des soins aux blessés, ce livre sera le « livre du souvenir. »

Les ambulances de la Presse sont, comme chacun sait, nées d'une souscription ouverte au moment de la déclaration de la guerre franco-allemande. En quelques semaines, près d'un million fut réalisé et mis à la disposition d'un comité composé d'hommes spontanément réunis par un sentiment commun de patriotisme et d'humanité. A leur tête se trouvèrent, du premier jour à la dernière heure, MM. Ricord et Demarquay.

Tout Paris a vu fonctionner les ambulances de la Presse, mais nul, dans ces jours de fièvreuses angoisses, ne s'inquiètait des moyens ni de l'organisation si rapide, et cependant si complète de l'œuvre déjà populaire, alors qu'elle commençait à peine d'exister.

C'est donc une chose intéressante et nouvelle que de suivre pas à pas et de retrouver dans tous les détails de leurs attributions diverses, les ambulances fixes, les ambulances volantes, le fonctionnement des services chirurgicaux, médicaux, etc., etc.

Les félicitations, les témoignages de gratitude même, de la part des chefs militaires, ont suffisamment établi la popularité de la Presse dans l'armée.

25,000 hommes environ blessés ou malades ont trouvé des soins empressés dans les services de l'association dirigée par MM. Ricord et Demarquay, non-seulement pendant le siége de Paris, mais encore pendant la moins longue mais plus douloureuse période de la Commune.

A cette dernière époque, des difficultés de toute nature, des dangers incessants rendaient la tâche pénible aux hommes les plus résolus, les plus éprouvés.

Le récit des graves événements auxquels se trouva mêlée l'ambulance dite de Longchamps, est un drame émouvant simplement raconté par des gens qui pensent n'avoir fait que leur devoir et rien de plus.

Passant de la partie historique et statisque à l'examen matériel et scientifique de l'œuvre à laquelle il a si vaillamment coopéré, le Dr Demarquay initie le lecteur à tous les détails, depuis la construction des baraques jusqu'aux procédés d'hygiène appliqués à l'assainissement de ces hôpitaux improvisés.

Ensuite vient un travail très-intéressant du général Morin sur les moyens de ventilation adoptés en 1870-1871.

Des gravures, dues à un artiste de talent, M. Auteroche, reproduisent dans leur ensemble le plan des constructions, quelques aspects et scènes d'intérieur d'ambulance, et enfin quelques appareils de pansements justement appréciés par les chirurgiens de la Presse. Nous voulons parler des excellents appareils en paille de M. le Dr Bastien.

MM. Ricord et Demarquay ont en terminant payé une dette

d'affectueuse solidarité à leurs collègues ou associés plus jeunes ou plus humblement placés dans la hiérarchie du dévouement en inscrivant après les leurs, les noms de tous ceux qui les ont suivis et secondés ; — c'était justice.

Ceux qui ont écrit le livre ont voulu léguer aux éventualité de l'avenir le résultat de leurs travaux : un plan tout fait pour des nécessités pareilles : en un mot ils ont tenté « d'être encore plus utiles plus tard. » Dr. J. COLIGNON.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS (1,851,792 hab.)—Du 26 juillet au 1er août, 702 décès. Rougeole, 10 ; — fièvre typhoïde, 10 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë, 20 ; —pneumonie, 32 ; — *dyssentérie*, 2 ; — *diarrhée cholériforme* des jeunes enfants, 16 ; — *choléra nostras*, 4 ; augine couenneuse, 8 ; — croup, 8 ; — Affections puerpérales, 2 ; — autres affections aiguës, 227.

LYON. — Du 14 au 27 juillet, 414 décès. Rougeole, 7 ; — fièvres continues, 10 ; — bronchite aiguë, 7 ; — pneumonie, 14 ; — *dyssentérie, 15 ; — diarrhée et entérite, 84 ; — cholérine, 23 ;* — angine couenneuse, 2 ; — croup, 4 ; — affections puerpérales, 1 ; — affections cérébrales, 51 ; — phthisie, 54. — Ainsi que le fait remarquer le *Lyon médical*, les diarrhées sont très-communes ; le nombre des cholérines ou des indigestions cholériformes est aussi assez élevé, sans dépasser beaucoup celui que l'on observe chaque année à pareille époque.

LONDRES (3,356,073 hab.). — Du 20 au 26 juillet, 1,609 décès. Rougeole, 31 ; scarlatine, 15 ; — diphthérie, 8 ; — croup, 15 ; — coqueluche, 62 ; — fièvre typhoïde, 26 ; — érysipèle, 8 ; — *dyssentérie*, 1 ; — *diarrhée*, 305 ; — *choléra nostras*, 12 ; — bronchite, 88 ; — pneunonie, 51.

BRUXELLES (185,000 hab.). — Du 13 au 19 juillet, 86 décès. *Entérite et diarrhée*, 19. — Du 20 au 26 juillet, 100 décès. *Cholérine*, 1 ; — *entérite et diarrhée*, 29.

CHOLÉRA. *Allemagne*. D'après une correspondance adressée de *Berlin* à la *Gazette d'Augsbourg*, plusieurs cas de choléra ont été signalés dans la capitale prussienne. Le choléra aurait fait son apparition à *Munich* à la fin de juillet.

— Le choléra s'est déclaré, dit la *Gazette de la Croix*, à Graudenz, où sont concentrées, en ce moment, des troupes assez nombreuses, se livrant à des exercices de siége.

Pologne. Jusqu'au 24 juillet, il y aurait eu, à *Varsovie*, 549 personnes atteintes du choléra ; 189 en seraient mortes.

Pologne. — Du 30 mai au 11 juillet on a compté 298 cas de choléra dans la province de Varsovie. 103 décès.

Suède. — A Helsinghœrg il y a eu dans la dernière semaine de juillet 30 cas de choléra et 15 décès.

Danemark. Un arrêté du ministre de la justice de Copenhague, en date du 28 juillet, prescrit la mise en vigueur des mesures nécessaires pour prévenir l'introduction du choléra par les navires venant de Kœnigsberg.

Autriche. Le choléra ferait plus de victimes aux environs de *Vienne*, que dans la ville elle-même, et en particulier dans le voisinage du château de Laxenbourg où réside le shah. Du 28 au 29 juillet, il y aurait eu 19 cas nouveaux de choléra à Vienne. — D'après le *Wiener medizinische Wochenschrift* du 2 août, le choléra a suivi dans la ville de *Vienne* et dans les environs la marche suivante durant la semaine dernière : 85 cas de choléra en dehors des hôpitaux et 92 dans les hôpitaux ; mais, comme 26 malades de la ville ont été transportés dans les hôpitaux, il n'y aurait eu, en définitive, que 181 cas. Dans les environs de la ville, on signale des cas isolés. L'épidémie prédomine surtout à *Brunn* et à *Vœsendorf* où, du 23 au 27 juillet, il s'est produit 22 nouveaux cas, dont dix se sont terminés par la mort.

Gallicie. — D'après l'*Allgemeine Zeitung* il y a eu du 15 mai au 6 juillet 51,577 cas de choléra et 19,007 décès (?).

Bulgarie. — A Shumla, le choléra a pris des proportions considérables : 70 cas le 5 juillet, 50 le 6, 23 le 7. A Galatz, il y a eu 22 décès par le choléra du 12 au 16 juillet inclusivement, (*The Lancet*, 2 août.)

Hongrie. — Du 1er au 8 juillet il y a eu, à Pesth, 70 cas de choléra, 46 décès : du 9 au 15 juillet 190 cas et 80 décès.

Illyrie. — Des cas de choléra se sont présentés à Trieste.

Italie. — Nous empruntons les chiffres qui suivent à l'*Imparziale* du 1er août. Le choléra continue à faire des victime dans la Vénétie. Durant la période de 12 jours qui finit au 29 juillet, on a enregistré 215 cas de choléra. Le maximum a été de 32 cas. Le choléra sévit aussi, mais dans des proportions légères, dans les provinces de Trévise et de Frioul. — A Padoue, il y a eu 4 cas avec 2 décès. Du 25 au 28, on a noté 19 cas à Parme, avec 2 décès. Jusqu'à présent, le choléra n'a pas parut à Florence.

Angleterre. — *The Lancet* du 2 août signale l'apparition du choléra à Londres. On a observé deux cas parmi des émigrants venant de Kiel et Hambourg. — La semaine dernière il y a eu à Londres 350 décès par diarrhée.

Alsace. — On signale un décès par le choléra, le 2 août, à Strasbourg.

FACULTÉ DE MÉDECINE. Le concours pour deux places de chef de clinique médicale vient de se terminer par la nomination de MM. *Grancher* et *Straus*.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE LA SEINE. — La Commission générale a proposé d'introduire dans les statuts les modifications et additions suivantes :

Rédaction actuelle. — Art. 17. — Chaque membre de l'Association est tenu de payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 20 fr. ; sur cette somme, 8 fr. sont affectés à l'accroissement du fonds de réserve.

Art. 19, — Tous les fonds de la société sont partagés en deux parts : l'une appelée fonds de réserve ; l'autre fonds de dépenses annuelles et de secours.

Art. 20. — Le fonds de réserve se compose : 1° Des rétributions d'admissions ; 2° Des dons ; 3° De la portion des cotisations qui lui est affectée par l'article 17 ; 4° Du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours dans les cas prévus par l'article 28. Les fonds sont placés en rente sur l'Etat et gérés par la Commission de comptabilité, le président et le trésorier.

Art. 21. — Le fonds de dépenses annuelles et de secours se compose du revenu du fonds de réserve et des cotisations annuelles, qui a été déterminé par l'article 17. Il est affecté aux dépenses de la société et aux secours qu'elle distribue.

Rédaction modifiée. — Art. 17. — Chaque membre de l'Association est tenu de payer entre les mains du trésorier, avant le 1er avril de chaque année, une cotisation de 20 fr.

Art. 19. — Les fonds de la société sont partagés en quatre parts : 1° Fonds de réserve ; 2° Fonds de dépenses annuelles et de secours ; 3° Fonds de pensions viagères ; 4° Fonds de retraite.

Art. 20. — Le fonds de réserve se compose : 1° Des rétributions d'admissions ; 2° Des dons ; 3° Du reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours dans les cas prévus par l'article 28. Ces fonds sont placés en rente sur l'Etat et gérés par la Commissipn de comptabilité, le président et le trésorier. Un dixième du revenu des fonds de réserve peut être employé au service de pensions viagères.

Art. 21. — Le fonds de dépenses annuelles et de secours se compose du revenu du fonds de réserve et du produit des cotisations annuelles. Il est affecté aux dépenses de la société et aux secours qu'elle distribue.

Eu outre, les dispositions des articles 26 et 28 des statuts sont remplacés par d'autres dispositions, inscrites dans quatre articles nouveaux.

Articles nouveaux. — Art. 22. — Le fonds de pensions viagères se compose : 1° Des intérêts, des dons et des legs faits à la Société avec affectation spéciale ; 2° De la portion du revenu du fonds de réserve qui lui est attribuée par l'art. 20.

Art. 23. — Le fonds de retrait se compose : 1° De la portion du reliquat des fonds de dépenses annuelles et de secours qui pourra être affecté au service des pensions de retraite conformément à l'article 30 ; 2° Des subventions spéciales accordées par l'Etat ; 3° Des dons et legs faits à la Société avec affectation spéciale. Ce fonds sera placé à la caisse des dépôts et consignations.

Art. 28. — L'Association distribue : 1° Des sesours temporaires, qui peuvent être renouvelés, mais qui ne peuvent jamais engager l'exercice suivant ; 2° Des pensions viagères ; 3° Des pensions de retraite. Les dispositions spéciales concernant les pensions viagères et les pensions de retraite seront inscrites au règlement d'administration intérieure,

Art. 30. — Le reliquat du fonds de dépenses annuelles et de secours resté sans emploi à la fin de l'année est réparti entre le fonds de réserve et le fonds de retraite dans les proportions fixées par la Commission. — La proposition relative à la constitution d'un fonds de retraite n'a pas été accueillie par l'Assemblée.

PROJET DE CRÉATION D'UN AQUARIUM AUX CHAMPS-ÉLYSÉES. — D'après une lettre adressée au *Rappel* cet établissement, destiné à rivaliser avec ceux de Brighton, de Londres, de Manchester, de Hambourg, de Berlin, etc., comprendrait, outre la galerie des bacs d'eau douce et l'aquarium d'eau salée, une salle d'exposition pour les filets, engins de pêche et appareils de pisciculture, un aquarium antédiluvien, où les animaux et monstres aquatiques disparus seront artificiellement reproduits au milieu d'une décoration appropriée aux âges où ils vécurent, enfin un laboratoire, une bibliothèque et une salle de conférences. La longueur de ces différentes enceintes dépasserait cent mètres. Elles formeraient une suite de grottes de dimensions inégales et d'ornementations diverses. Les bacs seraient éclairés le soir à la lumière électrique.

M. Nicole, auteur de la lettre adressée au *Rappel*, a signé à la fin du mois de novembre dernier un cahier des charges, à la suite de cela l'affaire a été transmise au Conseil municipal, et renvoyée devant la Commission présidée par M. E. Perrin. Il espère, à la prochaine session du conseil, pouvoir annoncer à la commission que son organisation financière est terminée, de sorte que l'aquarium des Champs-Élysées, à moins de circonstances imprévues, serait inauguré dans le courant du mois de juin 1874, au plus tard.

ASSISTANCE PUBLIQUE. On vient d'inaugurer à Levallois-Perret une maison de refuge, fondée par la famille Greffulhe, pour cent vieilles femmes pauvres.

Société médico-psychologique. — *Prix Aubanel.* — La Société médico-psychologique de Paris décerne, au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et plus spécialement dans le délire hypochondriaque et dans le délire de persécutions. »

Les concurrents devront surtout rechercher l'influence que ces troubles peuvent exercer sur la genèse et sur la forme du délire.

Les mémoires écrits en français, porteront une épigraphe, reproduite dans un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de leurs auteurs. Ils devront être adressés avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur) à M. le Dr Motet, secrétaire-général de la Société médico-psychologique, rue de Charonne, 161, à Paris. — (*Annales médico-psychologiques.*)

Jurisprudence pharmaceutique. — *Exercice illégal de la pharmacie. — Condamnation en vertu de l'édit royal de 1777.* — Un sieur Jacometty, confiseur à Rennes, fabriquait des pastilles dites *santonines*, et dans lesquelles entraient des substances pharmaceutiques. Il fut condamné pour ce fait, il y a déjà quelque temps, à 500 fr. d'amende, et interjeta appel de ce jugement.

Or, le tribunal correctionnel, condamnant Jacometty, avait visé l'art. 6 de l'édit royal d'avril 1777, ainsi conçu :

« Défendons aux épiciers et à toutes autres personnes de fabriquer, vendre et de livrer aucun sel, composition ou préparation entrant au corps humain en forme de médicaments, ni de faire aucune mixtion de drogues simples pour administrer en forme de médecine, sous peine de 500 livres d'amende, et de plus grande s'il y échoit. »

Mais les anciennes juridictions avaient un pouvoir que n'ont point les tribunaux actuels ; elles pouvaient, devant un texte de loi formel, modérer la peine à appliquer.

Dans l'espèce, il s'agissait de savoir si la cour pouvait user du même privilége que les parlements. La cour a résolu affirmativement la question en infirmant le premier jugement et condamné Jacometty à 25 fr. d'amende. (*Cour d'appel de Rennes, Chambre correctionnelle*).

École de médecine de Grenoble. — M. le Dr Bisch, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, est attaché, en la même qualité, aux chaires de médecine proprement dites.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

Klein. Action de l'eau minérale de Niederbronn dans quelques cas de péritonite chronique. In-8 de 24 pages.

Guilland. — De l'efficacité des eaux minérales contre la syphilis. In-8 de 8 pages.

Librairie AD. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville, Quatrième et dernier fascicul; in-8° de 100 pages avec 7 figures dans le texte et 4 planches en cromolithographie. — 3 fr.

Parigot (J.) des asiles d'aliénés et des Gheels au point de vue moral et économique. In-16 de 68 pages. 1 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Librairie A. DELAHAYE.

Charcot (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à l'hospice de la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. 1er fascicule : *Des troubles trophiques consécutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière* In-8° de 96 pages avec figures, 3 fr. — 2e fascicule : *Paralysie agitante, anatomie pathologique de la sclérose en plaques.* In-8° de 96 pages avec 4 planches en chromo-lithographie et figures dans le texte, 3 fr. — 3e fascicule : *Symptomatologie, formes, périodes, traitement de la sclérose en plaques.* In 8° de 64 p. avec 5 fig. 2 fr.

1re ANNÉE — N° 10 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 16 AOUT 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an .... 16 fr.
Six mois .... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES : 1 page.... 200 fr. — 1/2 page.... 100 — — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre

Par **L.-E DUPUY**, interne des hôpitaux.

> Comme le toucher et le spéculum, l'hystérométrie a des inconvénients et peut être suivie d'accidents qui diminueront de jour en jour à mesure qu'elle sera mieux connue et appliquée dans des circonstances opportunes. *Huguier*, de l'Hystérométrie.

Nous n'avons pas en vue dans cette étude la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, imputable à la maladresse ou à l'inexpérience du chirurgien. — Dans certains cas, le parenchyme utérin a subi un tel degré de ramollissement et de friabilité que la sonde, arrivée au fond de l'organe, ne rencontre pas de véritable obstacle et pénètre sans effort dans la cavité abdominale : on peut alors sentir le bouton de l'instrument directement sous les téguments. Si cet accident est en réalité plus effrayant que grave — et ce fait sera prouvé par un chiffre d'observations assez significatif, — il est néamoins de notre devoir de signaler la témérité avec laquelle certains gynécologistes allemands ont perforé les parois utérines, plusieurs fois de suite, chez une même malade, sans autre but qu'une inexplicable curiosité. Ainsi chez une femme dont l'histoire sera rapportée plus loin (voir obs. X). *Hœning* enfonce la sonde utérine jusqu'à ce que la poignée de l'instrument soit arrêtée par les parties génitales et qu'on en sente le bouton à 2 centimètres et 1/2 de l'ombilic. Le lendemain, il répète la même manœuvre, et, trois jours après, il présente la malade aux élèves de sa clinique ; là, en plein amphithéâtre, le professeur fait constater aux assistants que la sonde perfore le fond de l'utérus sans la moindre difficulté dans les points qui n'ont pas été perforés antérieurement, tandis qu'il faut imprimer une certaine pression à l'instrument, vaincre un véritable obstacle dans la partie de la paroi perforée par les manœuvres antérieures et où existe sans doute un tissu cicatriciel en voie de formation.

En vérité, nous nous demandons s'il est permis à un chirurgien honnête de jouer ainsi avec un organe aussi délicat et susceptible que l'utérus! Or l'exemple de *Hœning* n'est malheureusement pas le seul ; la lecture de plusieurs observations, dont nous donnerons plus loin un résumé succinct, démontrera qu'il est en quelque sorte entré dans la pratique journalière de certains gynécologistes d'introduire l'hystéromètre dans l'abdomen aussi facilement que dans la cavité utérine!

Signaler et discuter ces faits encore peu connus en France, en y ajoutant quelques faits inédits qui nous ont été communiqués par notre savant maître M. Demarquay, tel est le but que nous nous proposons ici.

I. CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES. — (1856). *Mathews Duncan* (1) décrit trois cas dans lesquels, introduisant la sonde utérine, à travers l'orifice externe, et, la poussant à une très-grande profondeur, il s'imagine avoir pénétré dans l'abdomen à travers une des trompes temporairement et pathologiquement dilatée.

Cette hypothèse ne nous semble guère admissible et tout porte à croire qu'il s'agissait plutôt d'une perforation utérine.

(1858) *Aran* (2) est le premier gynécologiste qui ait parfaitement établi que, dans certaines conditions de la matrice, l'hystéromètre peut perforer facilement les parois utérines ramollies. Son attention avait été éveillée sur ce point par les perforations produites par le raclage de la cavité utérine, au moyen de la curette de Récamier. D'autre part, il lui arriva de perforer l'utérus, en pratiquant le cathétérisme utérin chez une femme récemment accouchée et à laquelle il ne survint ultérieurement aucun accident.

(1865). *Huguier* consacre un chapitre peu étendu de son remarquable Traité de l'hystérométrie (3) à la perforation des parois de l'utérus. Songeant à l'épaisseur et à la consistance du tissu propre de cet organe, il pense que l'on doit être rassuré sur la fréquence d'un pareil accident. « Sur près d'un millier d'utérus qui me sont passés entre les mains, dit-il, je n'en ai rencontré qu'un seul qui fut assez ramolli pour qu'il eut pu être traversé sans effort par l'extrémité de la sonde. » — Huguier admettait donc la possibilité d'un perforation facile de l'utérus par l'hystéromètre et en avait parfaitement saisi la cause et le mécanisme. Nous nous demanderons seulement comment il a constaté ces perforations si rarement, étant données les causes nombreuses entraînant la friabilité du parenchyme utérin. Faut-il attribuer ce fait à son adresse et à son habileté tout à fait exceptionnelles à manier la sonde utérine, ou savait-il éviter le cathétérisme dans les cas particuliers auxquels nous faisons allusion? Nous n'avons rien

(1) Mathews Duncan. — *On a hitherdo undescribed disease of the uterus, namely un natural patenay of the inner extremity of Fallopian tube* (*Edimb. med. journal*, june 1856).
(2) Aran. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, Paris, 1858-59.
(3) Huguier. — *De l'Hystérométrie*, Paris 1865.

trouvé dans son traité qui put nous renseigner exactement à cet égard.

(1868). *Hildebrandt* (1) ayant introduit l'hystéromètre dans la cavité abdominale s'imagina, comme *Duncan*, y avoir pénétré par la trompe de Fallope. A l'exemple de *TylerSmitts*(2), il admet comme possible le cathétérisme de ce conduit et le recommande pour certaines affections des annexes de l'utérus. Nous reviendrons plus loin sur ces singulières théories.

(1870). *Hœning* (3) cite un fait qui lui est personnel, reconnait la perforation utérine par la sonde et combat les théories de *Tyler Smitts* et *Hildebrandt*.

(1872). *Rabl-Ruckard et Lebmus* (4) rapportent cinq exemples de perforation utérine par la sonde chez des femmes ayant récemment accouché : ce cathétérisme fut pratiqué plusieurs fois chez la même malade sans qu'il survint aucun signe sérieux de réaction inflammatoire.

Ce travail, présenté à la Société d'obstétrique de Berlin, fut l'objet d'une discussion où quelque orateurs résumèrent les résultats de leur expérience personnelle.

Louis Mayer cite un fait qui lui est commun avec *Carl Mayer*; il survint, malgré la perforation utérine, si peu de réaction inflammatoire qu'aussitôt après le cathétérisme, la malade put, sans inconvénients, faire un long chemin pour regagner son domicile.

Martin aurait perforé plusieurs fois l'utérus chez des femmes récemment accouchées, sans qu'il survint aucun accident ultérieur.

Les auteurs précédents ayant mis en doute la possibilité d'introduire la sonde dans l'abdomen par les trompes de Fallope, *Bischoff* (5) cite un cas très-concluant, — mais aussi tout à fait exceptionnel — où l'autopsie démontra que l'hystéromètre avait dû être introduit dans l'abdomen non par perforation des parois utérines qui étaient très-épaisses et n'offraient point de lésions, mais par l'orifice utérin de la trompe gauche considérablement dilatée.

Courty (6) signale comme contre-indication formelle du cathétérisme utérin le ramollissement bien constaté des tissus de l'utérus et l'état de la matrice dans les premières semaines qui suivent l'accouchement. Si, d'après lui, les perforations utérines n'ont pas toujours été suivies d'accidents graves, il faut songer qu'il existe des différences considérables d'une femme à l'autre, eu égard à la susceptibilité de cet organe et au retentissement de ces traumatismes.

Enfin, *M. Demarquay*, dans le cours de sa vaste pratique chirurgicale, a observé quatre cas de perforation des parois utérines par l'hystéromètre; chez aucune de ces femmes il ne survint d'accident ultérieur. — Nous avons eu l'occasion d'observer nous mêmes la dernière de ces malades, et nous en rapporterons plus loin l'observation détaillée. (Obs. V.)

II. Des conditions de la perforation de l'utérus. — Le ramollissement et la friabilité du parenchyme utérin, — conditions évidemment les plus favorables à la perforation, — se rencontrent plus particulièrement dans un certain nombre d'affections que nous allons énumérer brièvement :

1° *Métrite.* Nous n'avons pas à nous occuper ici de la métrite parenchymateuse aiguë, car cette affection contre-indique formellement non-seulement le cathétérisme utérin, mais encore la simple introduction du spéculum dans le vagin.

Dans certaines formes de *métrite chronique*, le tissu utérin peut arriver à un grand degré de friabilité, Ainsi, pendant la *période d'infiltration ou de ramollissement* qui, d'après Scanzoni, précède généralement la période d'induration, on trouve les altérations suivantes : le parenchyme de la matrice est imbibé de sérosité, mou, engorgé, friable ; non-seulement les fibres de ce tissu sont dissociées et écartées les unes des autres, mais souvent elles ont subi la dégénérescence graisseuse; le tissu cellulaire interstitiel est également infiltré d'une quantité de cellules graisseuses libres. On conçoit aisément avec quelle facilité la pointe de l'hystéromètre pourra traverser des tissus ainsi altérés.

Lorsque ces lésions ont envahi la totalité de l'organe — ce qui est le fait commun — il est possible, sinon de les diagnostiquer, du moins de les soupçonner et d'user du cathétérisme utérin en conséquence; mais une portion limitée de l'organe vient-elle seule à subir ce ramollissement, il deviendra impossible de prévoir cet état pathologique et de se mettre à l'abri des accidents. — Nous n'avons pu recueillir aucun fait précis de perforation utérine pratiquée dans ces conditions, mais nous admetterons volontiers que certains cas de perforation dont la cause nous échappe peuvent être attribués à un ramollissement partiel du fond de l'utérus. Quelques auteurs, et notamment *Tilt* (1), n'admettent point, faute de signes cliniques capables de les caractériser, ces inflammations limitées à une portion restreinte de la matrice ; on ne peut cependant les nier au point de vue de l'anatomie pathologique pure et *Scanzoni* (2) a depuis longtemps attiré l'attention sur ce fait, à savoir que, par la présence d'un infarctus chronique, les parois de la matrice ne sont pas toujours si épaisses qu'il ne devienne possible de sentir le bec de la sonde à travers elles et la paroi abdominale. » De ce fait à la perforation complète de l'utérus,il n'y a qu'un pas. Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop approuver *Till* qui rejette formellemement la pratique recommandée par *Routh* pour diagnostiquer la métrite du fond de l'utérus : on sait que ce gynécologiste prétendait reconnaître cette affection à une douleur spéciale qu'il déterminait en cherchant à soulever la matrice avec l'hystéromètre.

2° *Atrophies de l'utérus.* Nous n'insisterons point sur l'atrophie *concentrique* de cet organe, bien que Courty ait signalé dans cette affection un amincissement des parois accompagné souvent, lorsqu'elle est généralisée, de ramollissement et de petits foyers apoplectiques. Dans l'atrophie *excentrique*, nous trouvons une cause plus fréquente de perforation ; en effet, dans la forme spéciale qui survient après les affections utérines puerpérales, *Scanzoni* (3) a noté,outre la diminution de volume des parois, la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire.

Louis Mayer (4) a indiqué la facilité avec laquelle la matrice peut être perforée par l'hystéromètre dans ces atrophies, surtout dans certains cas de fibroïdes interstitiels, où la paroi recouvrant la tumeur, n'est guère plus grosse qu'une feuille de papier.

3° *Tuberculose des parois utérines.* Le ramollissement et la suppuration des tubercules développés dans le parenchyme utérin peuvent donner lieu à de véritables cavernes ; il existe même dans la science plusieurs cas de perforation spontanée du fond de l'utérus par dégénérescence tuberculeuse et ayant entrainé la mort (5).

4° *Cancer de l'utérus.* M. Demarquay nous a communiqué le cas suivant où la perforation facile de l'utérus par l'hystéromètre est due évidemment à la dégénérescence cancéreuse du corps de la matrice.

Observation I. *Cancer du corps de l'utérus. Cathétérisme interne ; perforation de l'utérus par la sonde ; aucun accident.* — (Observation de M. Demarquay).

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui avait des hémorrhagies passives de l'utérus, sans douleurs. Soupçonnant la présence d'une tumeur dans la

(1) Hildebrandt. — *Ueber das Soudiren der tuben Monathschrift für Geburts kunde und Frauenkrankheiten*, Bd. XXXI, p. 447. — 1868.

(2) *Canst. Jahresber*, 1849 IV p. 343.

(3) *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1870, n° 16.

(4) *Butrage für geburts hülfe und gyneusthologie.* II Band. 1 Heft. p. 12. Berlin 1872.

(5) Bischoff. Urber Tiudringen der uterus sonde in cine tube. (*Corresp-Blatt fur schweitzer liertze*, 1er octobre 1872).

(6) Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1872.

(1) *Transactions of the obstetrical Society of London*; vol. XIII, 1871, p. 197.

(2) Scanzoni. — *Die Gebaermuttersonde.* (*Beiträge zur Geburt and Gyn.* 1954, p. 183.

(3) Scanzoni. — *Traité pratique des maladies des organes sexsuels.*

(4) *Bertraege für Geburtsthülfe und Gynaekologie*, II, Band 4 f., p. 21.

(5) Cooper. — *Gazette médicale*, 1870, p. 116. Tuberculose utérine chez une femme grosse ; rupture de l'utérus. — Guzzo, *Arch. gén. de médecime* 1848, p. 104. *Rupture de l'utérus* hors l'état puerpéral, par ramollissement de la matière tuberculeuse.

cavité utérine, M. Demarquay se décide à pratiquer le cathétérisme utérin. L'hystéromètre s'enfonce très-profondément, traverse la paroi utérine sans que l'opérateur sentit la moindre résistance, et l'on put constater que son bouton arrivait au-dessous de l'ombilic, et buttait contre la paroi abdominale. — M. Demarquay fut d'abord très-effrayé, mais il ne survint heureusement aucun accident.

Quelques mois plus tard, cette femme succombait avec tous les signes d'un cancer du corps de l'utérus.

L'hystéromètrie, on le sait, a été recommandée et souvent employée avec fruit dans le cancer de l'utérus, par Huguier, Nonat et Bernutz, non-seulement pour fixer le diagnostic dans les cas douteux, mais encore pour rétablir l'issue des produits de décomposition et de la matière ichoreuse provenant d'ulcérations cancéreuses du fond de l'organe : le cours de ces liquides peut être effectivement empêché par un rétrécissement néoplasique de la partie cervicale. Notre observation ne prouve-t-elle point qu'il serait plus prudent, en pareil cas, de dilater la cavité oblitérée du col avec l'éponge préparée? (*A suivre*)

CLINIQUE MÉDICALE.

De la paralysie bulbaire progressive (*paralysie glosso-labio-laryngée*), et de ses rapports avec l'atrophie musculaire progressive,

Par **A. KUSMAUL** (1).

Messieurs,

Dans son premier travail, Duchenne (1860) avait regardé la paralysie glosso-labio-laryngée comme de nature musculaire. Trousseau trouvant plusieurs fois dans ses autopsies l'hypoglosse atrophié ainsi que les racines des nerfs moteurs d'origine bulbaire en avait conclu : 1° que la paralysie glosso-labio-laryngée progressive était d'origine nerveuse ; 2° qu'elle dépendait de l'atrophie des racines nerveuses motrices bulbaires et l'atrophie musculaire de l'atrophie des racines motrices spinales. — Le caractère central de cette affection avait échappé à Trousseau.

Il fut signalé à peu près en même temps par trois médecins allemands. Baervinckel à Leipsig (1860), Wachsmuth à Dorpat et Schulz à Vienne. Tous trois arrivèrent par le raisonnement à placer le siége de la paralysie de Duchenne dans la moelle allongée. Wachsmuth qui, dans son opuscule sur la paralysie bulbaire progressive, avait cherché à établir cette hypothèse annonça que la première autopsie faite avec le soin nécessaire ferait trouver dans la moelle allongée la cause de l'affection. — Cette prophétie s'est accomplie ; des recherches anatomiques précises ont justifié le nom de *paralysie bulbaire progressive* en établissant que l'affection siége dans les parties grises motrices du bulbe.

Depuis quatre ans la science a enregistré huit cas terminés par la mort où l'autopsie et les recherches anatomiques ont été faites avec le soin nécessaire pour fournir des résultats suffisamment précis sur les lésions anatomiques du bulbe et de la moelle. Deux de ces cas appartiennent à Leyden, deux autres où il existait en outre une atrophie musculaire progressive ont été publiés l'un par Charcot et Joffroy, l'autre par Gombault, interne de Charcot, un cinquième appartient à Charcot, le sixième à Duchenne et Joffroy le septième à un américain, Hun, le huitième enfin, où les recherches anatomiques ont été faites par R. Maier, est celui de cette femme déjà plusieurs fois citée qui mourut dans mon service en juin 1870.

D'après ces huit observations il s'agit toujours d'une affection des noyaux moteurs du plancher du quatrième ventricule avec l'atrophie dégénératrice des cellules nerveuses de ces noyaux. Deux fois, dans les cas de Charcot et de Duchenne-Joffroy, le bulbe ne présentait aucune autre lésion, si ce n'est une certaine injection des vaisseaux de la substance grise; dans tous les autres cas, il y avait en outre une myélite chronique scléreuse. Dans le cas de Gombault les noyaux bulbaires ne présentaient qu'une atrophie pigmentaire des cellules sans modification de la névroglie, mais les pyramides étaient scléreuses. Dans tous les autres cas, la sclérose atteignait les noyaux en même temps que d'autres régions motrices, le plus souvent les pyramides antérieures, exceptionuellement les olives, jamais jusqu'ici les corps restiformes et leur substance grise. L'atrophie des cellules nerveuses, primitive dans les deux premiers cas, dépendant peut être dans les autres de la sclérose. doit être regardée comme l'élément essentiel de cette maladie puisque on l'a toujours constatée.

La dégénération des cellules nerveuses se montre surtout avec le caractère de l'atrophie pigmentaire jaune. Des cellules se colorent, deviennent souvent d'un jaune intense ou jaune-brun, ou jaune-rougeâtre ; en même temps elles s'atrophient et leurs prolongements deviennent indistincts ou disparaissent. Les moins malades ont encore un noyau distinct et un protoplasme granuleux. Outre les granulations fines, on voit des amas de granulations très-distincts du noyau et des parties environnantes plus pâles. D'autres cellules sont remplies par ces granulations et le noyau disparaît; c'est ce qu'a vu Maier dans notre cas et, d'après Charcot, il ne reste en fin de compte de la cellule dégénérée que des granulations jaunes isolées ou réunies en amas.

Les lésions de la myélite scléreuse constatées par Maier concordent parfaitement avec les données de Leyden. — A l'état frais on voyait dans la masse médullaire un grand nombre de granulations de graisse isolée ou en amas. Sur les préparations durcies, l'augmentation de la névroglie était révélée par l'agrandissement des espaces intermédiaires aux tubes nerveux; la substance conjonctive paraissait tantôt granuleuse, tantôt formée de fibrilles fines ou épaissies. La paroi des vaisseaux était épaissie et entourée d'une épaisse gaine de tissu conjonctif contenant souvent des granulations de graisse et de petits corps brillants très-résistants aux agents chimiques.

Dans les points où le tissu cellulaire réticulé était conservé se trouvaient souvent des corps étoilés dont les prolongements distincts avaient un contenu granuleux et dont le corps contenait souvent d'autres éléments cellulaires. — Ses tubes nerveux, dont le nombre était considérablement diminué, étaient tantôt amincis, à contenu granuleux, le cylindre-axe épaissi ; d'autres fois les tubes étaient pâles, les cylindres-axes atrophiés ou complétement détruits.

Des masses grises, toujours malades, qui correspondent aux cordons antérieurs, le noyau de l'hypoglosse était toujours compromis. Charcot et Joffroy ont constaté, dans le cas combiné avec l'atrophie musculaire. par la comparaison avec les préparations de Clarke du noyau de l'hypoglosse normal que le nombre des cellules nerveuses dans les noyaux atrophiés avait été réduit au 1/10 ou au 1/12 de la normale. — En outre les noyaux du spinal sont constamment atteints, ceux du facial le sont d'ordinaire. Duchenne a vu la portion motrice du trijumeau malade. Au contraire les noyaux plus externes, correspondant aux cordons postérieurs de la moelle, ceux de l'audtif et de la portion sensitive du trijumeau et, d'après les observations de Charcot et Duchenne-Joffroy, le noyau du glosso-pharyngien, paraissaient intacts. Charcot seul a trouvé un petit nombre de cellules dégénérées dans le noyau sensitif du trijumeau. Leyden et Maier ont constaté un amincissement des fibres intramédullaires de l'hypoglosse, du vague, du spinal et du facial; Gombault les a trouvées normales.

Les *olives* auxquelles Wachsmuth avait attribué un rôle important dans cette affection d'après les hypothèses de Schrœder-van-der-Kolk, ne paraissent dégénérées qu'exceptionnellement. — Leyden dans son premier cas avait trouvé leur substance centrale dégénérée. Les observateurs français et Leyden dans son dernier cas les ont trouvées normales. Maier les a trouvées très-malades — Les *pyramides* ont présenté les lésions de la sclérose dans les deux cas de Leyden dans celui de Maier et dans le cas de Gombault.

Comme vous l'avez vu, messieurs, on voit toujours apparaître dans le cours de la paralysie bulbaire des paralysies et souvent l'atrophie de groupes de muscles innervés par les

(1) *Sammlung Klinischer Vorträge*, publ. par Volkmann. — Voir pour la 1re partie : *Mouv. méd*, nos 19 et 21.

nerfs spinaux. — Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que dans tous les cas où on a examiné la moelle, on y ait trouvé les mêmes lésions que dans le bulbe. — Tantôt on a constaté uniquement l'atrophie pigmentaire des cellules des cornes antérieures et la vascularisation exagérées de ces parties. (Charcot, Duchenne-Joffroy); tantôt on a vu de plus une myélyte scléreuse des cornes antérieures et des cordons antérieurs et latéraux. (Leyden, Hun. Maier). — Les cornes et les cordons postérieurs ont jusqu'ici été trouvés intacts, cependant, dans mon cas, Maier a trouvé dans la région cervicale quelques traces du mal jusque sur les limites latérales des cornes postérieures. Dans les cas où il y avait atrophie musculaire progressive, on a constaté la sclérose des cordons antérieurs et latéraux avec atrophie pigmentaire des cellules nerveuses des cornes antérieures, et Gombault a vu ces cellules réduites au cinquième de leur nombre à la région cervicale, de la moitié à la région lombaire.

J'ai déjà dit combien il était fréquent de voir l'atrophie des racines motrices du bulbe appréciable à l'œil nu. — Le plus souvent les racines de l'hypoglosse étaient amincies, parfois à peine visibles. On a constaté souvent aussi l'atrophie des racines du vague, du spinal et du facial; dans un cas celle des glosso-pharyngiens (Leyden); dans un autre celle d'un des trijumeaux (Hun). Les mêmes lésions existent dans les racines antérieures de la moelle cervicale parfois même jusque dans les régions inférieures. L'atrophie des tubes nerveux peut être dissimulée à l'œil nu par l'hyperplasie des éléments conjonctifs. Dans le cas de Charcot, où il n'y avait qu'une atrophie pigmentaire des cellules nerveuses, cet observateur ne put constater sur les tubes nerveux des racines qu'un fin état granuleux. Lorsque les tubes nerveux sont atteints d'atrophie graisseuse, celle-ci diminue vers la périphérie, ainsi elle est à peine marquée sur les ramifications fines de l'hypoglosse qui sont parfois complétement saines.

Quant aux *muscles*, on les voit tantôt à peine diminués de volume proportionnellement à l'amaigrissement général, tantôt atteints d'une atrophie manifeste. Mais il ne faut pas, comme Duchenne, conclure de la conservation de volume à l'intégrité trophique des muscles. Celle-ci peut exister (Trousseau, Duménil, Maier), mais elle peut aussi faire défaut, comme le prouve surtout l'observation de Charcot. — Quoique dans son cas la langue ne parut pas atrophiée quelques jours seulement avant la mort, le tissu musculaire à la pointe était déjà en dégénérescence graisseuse, les fibres musculaires atrophiées, tandis que le sarcolemme était en prolifération.

Un fait important, c'est que, chez le même individu, des muscles et des groupes musculaires paralysés pendant la vie sont trouvés à l'examen microscopique en partie intacts, en partie atrophiés, et dégénérés à des degrés et sur une étendue variables. L'observation de ma malade qui présentait une paralysie généralisée à la fois à presque tout le corps est très-intéressant à ce point de vue. Chez elle, la langue par exemple était très-atrophiée, l'orbiculaire des lèvres intact, les muscles superficiels du cou dégénérés et atrophiés, les muscles profonds l'étant à peine, les muscles laryngés étaient très-atrophiés, les muscles pharyngiens très-peu, etc. — Charcot a fait les mêmes observations dans son cas; sur plusieurs muscles les troubles trophiques étaient bornés à des faisceaux et à des fibres isolés, d'autres (épaule gauche) étaient très-atrophiés et jaunes, d'autres enfin aimplement amaigris.

La véritable atrophie est rarement complète et n'atteint d'ordinaire que quelques faisceaux isolés. Elle consiste tantôt en une simple diminution, tantôt en une dégénérescence séreuse ou graisseuse des fibres musculaires, les trois formes de dégénérescence peuvent se voir sur le même muscle. Le tissu cellulaire interfibrillaire paraît le plus souvent hypertrophié mais ne l'est cependant pas toujours. (*A suivre.*)

(Trad. Exchaquet.)

Mort par le chloroforme. — Le *Temps* du 10 août annonce la mort, à l'âge de 28 ans d'un jeune peintre d'avenir, M. Georges Drouin: atteint de violentes douleurs dentaires, il voulut s'endormir par le chloroforme et s'appliqua sur la figure un mouchoir qu'il en avait imbibé.

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux (1).

Par Henri **Dransart**, interne des hôpitaux de Paris.

Physiologie pathologique. — Pathogénie. (*Suite*).

1° *Tumeur urinaire.* — M. Voillemier prétend qu'une partie des tumeurs urinaires sont constituées par des nodosités sous-cutanées adhérentes à l'urèthre mais en somme indépendantes de ce conduit. (Jamain. *Manuel de pathologie chirurgicale*, 2e édition). D'après cet éminent chirurgien ces tumeurs auraient pour origine une collection sanguine ou purulente située dans le voisinage du canal de l'urèthre (Jamain, 2e édition). — (Nous n'avons pas trouvé cette opinion émise dans son *Traité des voies urinaires*). Ainsi donc M. Voillemier admet la collection sanguine comme pouvant donner lieu à la formation d'une variété de tumeur urineuse. Dans le cas qu'il nous a été donné de rencontrer, la tumeur qui se trouvait à la partie postérieure de la portion spongieuse était adhérente à l'urèthre; elle se trouvait dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux et la muqueuse du canal en était complétement indépendante. Quant à la nature de cette tumeur elle était manifeste : c'était, sinon une collection sanguine, du moins une infiltration de sang dans les mailles du tissu fibreux qui avait remplacé le tissu spongieux normal.

Infiltration ou collection, peu importe la forme, au fond c'est toujours la même chose et c'est le processus hémorrhagique qu'il faut invoquer. Nous avons dit précédemment par quel mécanisme l'hémorrhagie se produisait; une fois ce mécanisme mis en jeu, il doit donner lieu le plus souvent à une infiltration sanguine à cause de la nature du tissu au milieu duquel se fait l'épanchement sanguin, mais on conçoit très-bien la possibilité de la collection sanguine. Du reste M. Voillemier aurait vu ce dernier fait. Nous nous rencontrons donc sur ce point avec cet éminent chirurgien et nous sommes heureux de pouvoir nous abriter sous une autorité aussi compétente.

Nous ne voulons pas discuter ici toutes les origines possibles des tumeurs urineuses, nous voulons seulement bien établir ce fait, à savoir qu'il existe le long du canal de l'urèthre des tumeurs dites urineuses qui tantôt solides, tantôt liquides, ont leur origine exclusive dans une hémorrhagie du tissu sous-muqueux.

Nous sommes loin d'avoir la prétention de chasser du cadre nosologique les tumeurs urineuses proprement dites, c'est-à-dire celles dont le contenu serait de l'urine; mais nous ne pouvons nous empêcher de croire que bien des tumeurs groupées dans ce genre n'étaient autres qu'une collection sanguine ou bien un kyste séreux hématique.

Le fait de la tumeur urineuse d'origine sanguine peut donc être considéré aujourd'hui comme démontré. Quant à sa fréquence nous essaierons de la discuter plus loin, mais il faut le dire c'est une question qui aurait besoin d'observations nouvelles pour être jugée définitivement.

2° *Abcès urineux.* — Pour nous l'abcès urineux peut succéder à l'infiltration ou à la collection sanguine telles que nous venons de les signaler soit peu de temps après leur formation soit plus tard.

Au début, les phénomènes inflammatoires causés par la présence du sang seraient la cause de la purulence. Plus tard, il y aurait un mécanisme différent pour la collection et l'infiltration : Dans le premier cas ce serait une cause quelconque, un traumatisme qui occasionnerait de l'inflammation au niveau de la poche; dans le second cas la purulence serait le fait de la nécrobiose ou pour parler le langage que nous avons employé précédemment, ce serait de la cirrhose régressive, de la phthisie uréthrale.

L'abcès urineux succède donc à la tumeur urineuse, soit qu'il arrive de suite se confondant pour ainsi dire avec

(1) Voir les nos 1, 2, 4 et 8 du *Progrès Médical*.

elle, soit que l'abcès succède à la tumeur urineuse bien longtemps après son apparition.

Du reste dans le cas que nous avons observé nous trouvons d'abord un abcès urineux tout formé au périnée (incision le 22 juillet); puis, à l'autopsie, nous constatons à la partie postérieure de la région spongieuse de l'urèthre un abcès qui commençait à se former aux dépens d'une tumeur urineuse (infiltration sanguine) par le mécanisme de la nécrobiose. C'était saisir la nature dans son processus pour passer de la tumeur proprement dite à l'abcès.

Ainsi donc la transformation de la tumeur sanguine ou urineuse en tumeur purulente ou abcès urineux est un fait définitivement acquis; notre cas le prouve surabondamment.

D'ailleurs, indépendamment de cette observation, étant donné le fait d'une hémorrhagie dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux de l'urèthre, pourquoi le foyer hémorrhagique ne pourrait-il ici comme ailleurs se transformer en foyer purulent? Le raisonnement pouvait donc ici devancer l'observation.

Nous voulons avant de finir ce chapitre insister sur quelques particularités au sujet de cette espèce d'abcès urineux que nous étudions :

Dans l'abcès qui commençait à se former à la partie inférieure de la région spongieuse c'était aux dépens de la périphérie de la tumeur que le pus se formait. Les parties périphériques incapables de se nourrir avaient subi la transformation nécrobiotique; c'est à la périphérie que siégeait le pus. La gaine du tissu spongieux avait été détruite; et le pus fusant dans le tissu cellulaire sous-cutané était venu former une tumeur jusque sous le corps caverneux au point de simuler une pénitis. Mais nous insisterions peu sur cette disposition particulière, voulant seulement faire remarquer la position superficielle du pus dans ce cas. Aussi est-il probable que l'abcès se serait ouvert à la peau sans que sa cavité ne communiquât avec le canal de l'urèthre, à moins toutefois que toutes les parties de la tumeur urineuse aient subi la même dégénérescence ce qui est encore possible.

Si, au contraire, les parties profondes de la tumeur attenantes à la muqueuse subissent les premières le travail précité, il est presque certain que le pus se fera jour à travers la muqueuse dans le canal de l'urèthre, de même qu'il est aussi possible qu'il s'ouvre également à la peau. Il s'ensuit que l'abcès dit urineux et d'origine hématique peut s'ouvrir tantôt à la peau, tantôt dans le canal de l'urèthre, tantôt par les deux voies à la fois. Il ne faudra donc pas conclure qu'un abcès est d'origine urineuse, lorsque à la suite de son ouverture il y aura une fistule urineuse, comme cela s'est passé dans notre cas.

Au contraire, nous sommes porté à croire que lorsqu'un abcès dit urineux s'ouvrira simplement par la peau, son origine ne doit pas être recherchée dans le passage de l'urine à travers la muqueuse éraillée. A ce sujet nous distinguerons deux cas :

Dans le premier cas, nous rangerons les abcès urineux à formation rapide qui ne peuvent être distingués de la tumeur urineuse à laquelle ils succèdent sans coup férir. Ici nous croyons pouvoir affirmer que tout abcès s'ouvrant simplement par la peau n'est pas un abcès urineux proprement dit car dans ce cas la fissure qui a donné passage à l'urine n'a pas pu se cicatriser ou du moins donner une cicatrice assez solide pour s'opposer au passage du pus.

Dans le deuxième cas, nous comprenons les abcès qui s'abcèdent longtemps après la formation de la tumeur. Ici nous serons moins affirmatifs car une cicatrice solide a eu le temps de se faire et l'autopsie seule pourrait juger la question.

Comme on le voit, nous nous efforçons de restreindre le plus possible le domaine des abcès urineux tout autant que celui des tumeurs urineuses proprement dites. Toutefois, nous le répétons, nous sommes loin de vouloir battre en brèche complètement cette origine urineuse des tumeurs et abcès uréthraux.

Nous disons tumeurs et abcès uréthraux, car il est bien évident que les noms de tumeurs urineuses et d'abcès urineux sont des dénominations vicieuses en partie, qu'il conviendrait peut-être de réformer; mais pour cela l'autorité nous manque et nous nous contentons de présenter à ce sujet cette simple observation.

Il est bien entendu que cette théorie que nous venons de donner ne s'applique qu'aux tumeurs et abcès urinaires qui surviennent à la suite des blennorrhagies chroniques dans le cours des rétrécissements. *(A suivre).*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Faculté de médecine de Nancy.

La nouvelle faculté de Nancy vient de terminer sa première année scolaire. Dès maintenant il devient possible sinon de prévoir l'avenir qui lui est définitivement réservé, du moins de signaler les graves difficultés que lui a créées une organisation aussi arbitraire que défectueuse. Le mal est sérieux; et — nous le disons avec peine — si on ne le combat point avec énergie, les débris de la faculté de Strasbourg, jadis si brillante, sont menacés de s'éteindre dans l'obscurité de l'ancienne école de Nancy où ils ont été si malencontreusement importés.

Mais où donc est le mal? — Il se trouve d'abord dans la mauvaise organisation des CLINIQUES de la faculté et, pour être convaincu de cette vérité, il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur les HOPITAUX de Nancy. En attribuant des établissements hospitaliers à cette ville nous commettons une erreur, car elle n'en possède point! *Les hôpitaux sont la propriété des religieuses de l'ordre de Saint-Charles qui les loue à la municipalité.*

Le plus important d'entre eux est l'hôpital Saint-Charles où se trouvent installés les services de clinique chirurgicale et médicale. Il renferme 160 lits, généralement tout occupés. Cinquante-cinq lits sont consacrés à la clinique chirurgicale, neuf à l'ophthalmologie et soixante à la clinique médicale. Nous avons eu l'occasion d'observer dans ces divers services beaucoup de faits intéressants. Celui de chirurgie notamment offre un nombre considérable de fractures et de traumatismes, en rapport avec l'extension que prend chaque jour l'industrie Nancéenne. Les affections des voies urinaires, de l'utérus, des articulations, et du tissu osseux, etc., n'y sont point rares et peuvent servir de base à un enseignement clinique élémentaire.

Cet état de choses est loin d'être parfait, mais il est évidemment susceptible de le devenir; il suffirait, pour cela, d'attirer de nouveaux malades par une installation plus convenable que celle qui existe actuellement. Nous ne croyons pas, en effet, qu'on puisse trouver dans aucun de nos chefs-lieux de canton un établissement hospitalier plus misérablement installé que celui de Nancy. En parcourant ces salles basses, mal aérées, donnant sur des cours sombres et humides, on songe involontairement aux premiers temps de l'ancien Hôtel-Dieu. Il n'existe pas de jardin ou rien qui puisse servir de lieu de promenades, et nous n'avons guère rencontré de malades dans les cours dont l'air, du reste, est infecté par les émanations d'un égoût.

On nous a assuré que l'administration ne mettait à la disposition des chirurgiens aucun des instruments les plus indispensables; et, nous avons vu faire une injection dans un cas d'hydrocèle à l'aide d'une seringue qu'eût répudiée

plus d'un apothicaire de village. — L'hôpital n'a point de pharmacien ; *la préparation des médicaments est exclusivement réservée aux religieuses* Nous nous demandons ce que doivent penser les anciens médecins de l'hôpital civil de Strasbourg qui n'ont certes pas oublié les importants services rendus à la science par M. HEPP leur regretté pharmacien en chef.

Quittons l'hôpital Saint-Charles pour entrer dans une seconde propriété des religieuses du même ordre, c'est-à-dire à la « Maison de secours » où sont installées les cliniques d'accouchements et des affections syphilitiques ou cutanées. Ici nous tombons de mal en pire. Femmes enceintes, en travail, ou en couches, sages-femmes, élèves sages-femmes, prostituées atteintes de maladies vénériennes, tout ce monde est entassé pêle-mêle dans ce triste établissement.

De la salle des femmes en couches et du dortoir des élèves sages-femmes, on voit aisément tout ce qui se passe dans la partie réservée aux femmes syphilitiques ! L'hygiène de cette Maternité est aussi détestable que possible; les salles sont petites, les plafonds sont bas, les lits se touchent. Aussi la fièvre puerpérale y exerce-t-elle ses ravages. Dans le courant de l'année scolaire, une véritable épidémie a amené une mortalité effrayante !

Le troisième hôpital de Nancy est consacré à la vieillesse et M. Demange y fait deux fois par semaine une leçon clinique sur les maladies des vieillards.

On comprend, après les détails que nous venons de donner, pourquoi l'enseignement clinique de la nouvelle Faculté est resté bien au-dessous de ce qu'il aurait dû être. Le nombre des élèves qui l'ont suivi, déjà insignifiant, diminuera encore au lieu d'augmenter, si l'on ne ferme rapidement la plaie sur laquelle nous venons de mettre le doigt. — Sans vouloir nous engager sur un terrain trop dangereux, nous ajouterons que l'enseignement magistral ne s'élève point non plus toujours à un niveau suffisant. En écoutant certaines leçons cliniques, on se demande si réellement on se trouve dans une Faculté ou si l'on ne se serait point égaré dans la plus obscure des écoles secondaires. Nous sommes bien loin, en tous cas, du brillant enseignement chirurgical de Sédillot, Rigaud et Bœckel.

C'est avec plaisir que nous passerons des hôpitaux dans les LABORATOIRES, car nous trouvons dans ces derniers un état de choses bien plus satisfaisant ; là des efforts sérieux ont été tentés et certainement couronnés de succès.

Le *Laboratoire de chimie physiologique et pathologique* est installé dans de bonnes conditions et admirablement dirigé par M. Ritter. Les élèves y sont exercés aux manipulations plusieurs fois par semaine. Dans le cours du dernier semestre, M. Ritter a fait devant un auditoire, aussi nombreux que possible, une série de leçons du plus haut intérêt sur l'analyse des urines, les matières fécales et vomies, le sang et la bile.

Le *laboratoire d'histologie pathologique* est moins parfait; des microscopes en nombre suffisant sont, il est vrai, mis à la disposition des élèves, mais l'éclairage de la salle ne se fait qu'insuffisamment, par une lucarne ! M. Gross, agrégé, supplée le professeur Feltz dans la direction de ce laboratoire. A défaut d'installation convenable, il a voulu donner à ses élèves un enseignement oral suffisant. L'inflammation, la grangrène, les tumeurs ont été successivement décrites par lui avec beaucoup de méthode et une grande clarté, qualité précieuse et assez rare chez les histologistes. Mentionnons enfin deux autres laboratoires : l'un de chimie pure et l'autre de physiologie expérimentale. Sous ce rapport, la faculté de Nancy est donc réellement favorisée.

Quant aux cours « officiels, » ils sont nombreux et généralement bien faits, mais suivis par un nombre d'élèves très-minime. Les leçons de M. Granjean, professeur-adjoint, ayant trait « aux notions préliminaires de thérapeutique, » ont cessé faute d'auditeurs; le cours de pathologie générale a eu le même sort.

Certes, MM. les professeurs Michel, Stoltz, Rameau, Hergot et Hirtz habitués au vaste amphithéâtre de Strasbourg qui regorgeait toujours d'auditeurs, doivent éprouver d'amers regrets aujourd'hui, lorsqu'ils font leur leçon devant dix élèves, dans une salle vide..... ....

Si les débuts de la nouvelle Faculté sont difficiles, il ne faut point cependant désespérer de son avenir. N'oublions pas que Nancy renferme un noyau solide de travailleurs infatigables, formés à l'école de Kuss, Stœber, Schutzenberger, Caillot et Stoltz. — L'élan de ces jeunes professeurs a été momentanément arrêté, mais cet arrêt, espérons-le, n'est pas encore un fait accompli, tant s'en faut. Que la municipalité de Nancy, débarrassée maintenant de l'occupation étrangère, leur donne le champ de travail qui leur manque, c'est-à-dire des hôpitaux sérieux, indépendants de toute immixtion religieuse, et nous verrons bientôt ce que valent les élèves des derniers maîtres de la Faculté française de Strasbourg. L. E. DUPUY.

Le Choléra.

Nous publions plus loin (p. 119) les renseignements que nous avons pu recueillir sur le choléra, renseignements qui méritent d'attirer l'attention. Jusqu'à ce jour, nous croyons qu'aucun cas de choléra asiatique n'a été signalé dans les hôpitaux de Paris. D'après *The Lancet*, on aurait observé un cas à Rouen et quelques autres dans les environs de cette ville. Si ce fait est exact, nous serions donc nous-mêmes sous le coup de l'épidémie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

A la fin de la dernière séance l'académie s'était réunie en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. WOILLEZ sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Après la lecture du procès-verbal et les communications, on a procédé au vote auquel ont pris part 54 membres. Majorité absolue 28. Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

M. Hirtz 30 voix, M. Villemin 19, M. Jaccoud 4, M. Peter 1.

En conséquence la nomination de M. Hirtz sera soumise à l'approbation du Président de la République.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *typhus exanthématique*.

M. BRIQUET, monte à la tribune et développe la thèse qu'il a déjà soutenue. Bien souvent on a cru observer des épidémies de typhus qui n'étaient autre chose que des fièvres typhoïdes, du reste ces deux maladies ont la plus grande analogie et peuvent être confondues. Quant au typhus exanthématique on a cru avoir trouvé une maladie nouvelle et pas du tout on a eu affaire au *typhus fever*.

M. CHAUFFARD a écouté M. Briquet avec la plus grande déférence; mais il faut que toute discussion ait une fin, aussi il ne répondra pas. D'ailleurs la question a complétement changé.

M. BOUILLAUD. A plusieurs reprises on a, dans le courant du débat invoqué l'autorité de Louis. L'orateur tient à prouver que jamais l'illustre observateur n'a confondu la fièvre typhoïde et le typhus. La première de ces maladies, quelles que soient ses différentes formes, est caractérisée par des lésions de l'intestin et spécialement des plaques de Peyer, à tel point que lorsqu'on ne trouve pas ces altérations, il faut nier l'affection, le typhus au contraire est une maladie générale. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

SÉANCE DU 23 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Môle hydatique, par ANDRAL, interne des hôpitaux.

X..... Adeline, âgée de 47 ans, est entrée le 19 avril 1873, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 11 (Service de M. PETER). — Réglée pour la première fois à 16 ans. Ayant pris à ce moment un bain froid, la malade vit ses règles s'arrêter; elles ne reparurent qu'au bout d'un an et irrégulièrement; cette irrégularité dans l'apparition des règles coïncidait avec un état général peu satisfaisant. — Au bout de deux ans la santé de la malade se rétablit. Cependant les règles sont toujours irrégulières: elles n'apparaissent que toutes les six semaines, tous les deux mois. Mariée à 22 ans, elle devint enceinte après trois mois de mariage. Elle a eu onze enfants, et elle a fait trois fausses couches. Les trois premiers accouchements se sont faits régulièrement; après la troisième couche le ventre serait resté gros et dur et des douleurs abdominales seraient survenues assez fréquemment.

Quatrième accouchement 18 mois après le troisième. — 27 mois après le quatrième, cinquième accouchement.

Au moment de sa sixième grossesse, la malade a été obligée de s'aliter pendant 2 mois sans qu'on puisse découvrir la cause de ses souffrances. — Le sixième accouchement a été régulier ainsi que le septième et le huitième. Après le huitième accouchement, avortement après 2 mois de grossesse. La malade s'est vite remise et 11 mois après elle mettait au monde un neuvième enfant. — Entre le neuvième et le dixième accouchement, entre le dixième et le onzième, avortements dans les mêmes conditions que le premier.

Le onzième enfant est venu à terme il y a 4 ans et 3 mois; depuis pas de nouvelle grossesse. Les règles sont bien revenues tous les mois mais elles ne duraient qu'un jour et demi. Les règles que la malade attendait vers le 25 décembre 1872 ne sont pas apparues, depuis cette époque elle a vu son ventre grossir peu à peu, en même temps les seins se sont gonflés et sont devenus douloureux, la malade a eu de temps en temps des nausées, et parfois même des vomissements.

Ces symptômes lui firent croire qu'elle était enceinte. Le 18 mars 1873 la malade a une métrorrhagie assez abondante; le sang perdu était fluide, et ne renfermait que deux caillots dont le plus gros était du volume d'un œuf de pigeon. Ces métrorrhagies se sont renouvelées tous les jours, le sang perdu était limpide, sans caillots, malgré ces pertes continuelles, le ventre augmentait de volume. Mais le gonflement et les picotements des seins ayant disparu, les pertes ne s'arrêtant pas, la malade cesse bientôt de se croire enceinte. Cependant elle s'affaiblissait de jour en jour et le 19 avril elle demandait à entrer à l'hôpital. Le jour de son entrée, à ma visite du soir, j'ai trouvé une femme excessivement anémiée. Elle accusait une grande faiblesse, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles. symptômes expliqués parfaitement par les pertes de sang continuelles que faisait la malade. Elle se plaignait en outre de coliques. — Sur la chemise je n'ai trouvé que quelques taches de sang. La malade en effet ne perdait que fort peu depuis quelques jours. — En palpant le ventre de la malade je n'ai provoqué que très-peu de douleurs et constaté la présence dans la cavité abdominale d'une tumeur volumineuse, bosselée, ayant la forme de l'utérus gravide, et remontant jusqu'à trois travers de doigts au dessous de l'ombilic. J'ai pratiqué le toucher vaginal, et j'ai trouvé un col de l'utérus dur, irrégulier et assez volumineux: on sentait, notamment du côté gauche, de petites tumeurs dures et bouclées.

On crut à des tumeurs fibreuses de l'utérus et on prescrivit de l'ergot de seigle, de la limonade sulfurique et des cataplasmes froids sur le ventre. Grâce à ce traitement la métrorrhagie cessa.

L'état général devint très-rapidement satisfaisant, mais la tumeur abdominale grossissait très-rapidement. Le jeudi 22 mai en palpant l'abdomen on constatait que la tumeur remontait à deux travers de doigts, au-dessus de l'ombilic, trois ou quatre jours avant le 22 mai la malade avait beaucoup travaillé.

Le 22 elle se donne beaucoup de mouvement, va à la messe, à vêpres, etc. C'est ce jour-là qu'elle a été prise de douleurs violentes analogues à celles d'une femme en travail. A 4 heures 1/2 du soir, la malade revient de l'église, se plaignant de fortes douleurs dans les reins. Elle rapporte dans sa chemise deux caillots assez volumineux qu'elle a perdus pendant l'office. A 5 heures du soir elle perdait du sang en assez grande quantité et des caillots. La malade étant très-affaiblie, je prescrivis une potion cordiale, et je fis retirer les oreillers du lit, à 10 heures du soir les douleurs étaient à leur maximum, la malade les comparait à celles qu'elle avait éprouvé lors de ses nombreux accouchements, ces douleurs se calmèrent très-rapidement à la suite de l'expulsion d'une tumeur qui me fut montrée le lendemain, vendredi 23 mai, tumeur que je reconnus être une *môle hydatique* volumineuse pouvant peser environ un kilogramme. La malade ayant eu le lendemain et le surlendemain de l'expulsion de la môle hydatique de forts accès de fièvre a voulu quitter l'hôpital. Il parait qu'elle est aujourd'hui rétablie, mais en quel état est son abdomen à l'heure actuelle? c'est ce que je ne puis dire.

Le lendemain de l'expulsion de la môle il avait énormément diminué. En palpant l'abdomen on sentait encore l'utérus mais il ne dépassait la symphise pubienne que de deux travers de doigts. Le col de l'utérus était ramolli et largement entrouvert comme celui d'une femme qui vient d'accoucher.

Nous n'avons pu retrouver dans la tumeur traces du fœtus. Cette tumeur est constituée par des caillots sanguins et par des vésicules nombreuses réunies en grappe et de volume différent. Les plus grosses, très-peu nombreuses, ont le volume d'un œuf de pigeon; les plus petites ont le volume d'un grain de chénevis. Le liquide renfermé dans les vésicules est transparent et l'acide acétique y révèle la présence de la mucine.

Fibro-myome de la grande lèvre, par G. MARCANO.

X.., femme mariée âgée de 25 ans, entre à la Maison de Santé pour une tumeur de la grande lèvre gauche. Cette tumeur occupe la partie supérieure de la grande lèvre, et proémine à la partie inférieure de la fesse. Le toucher rectal montre qu'elle envoie un prolongement à sa partie supérieure, mais il est impossible d'en préciser l'étendue.

Cette tumeur a débuté en 1869. — Sa marche fut très-lente au commencement, mais après la guerre elle suivit un développement très rapide. — Elle a le volume d'une grosse orange, dure, non adhérente à la peau, et mobile à sa partie inférieure. — Pas de symptômes loignés, ni généraux, ni d'infection ganglionnaire.

2 *mai, opération*. — L'extirpation et l'énucléation sont assez faciles, mais une fois qu'on arrive à l'extrémité supérieure, la dissection devient laborieuse, car la tumeur s'enfonce entre le rectum et le vagin. On finit cependant par l'en séparer sans toucher à aucun de ces deux organes.

21 *mai*. La malade sort de l'hôpital complétement guérie.

Examen anatomique. Tumeur de forme ovoïde, recouverte d'une enveloppe solide. La coupe présente un aspect changeant; ici des ilots *arrondis*, incolores, comme transparents, ou bien gris ou d'un gris rougeâtre, correspondant à la coupe transversale des faisceaux fibreux; là des portions étalées, irrégulières, allongées, plus blanches, brillantes, presque nacrées, suivant la coupe longitudinale des faisceaux.

Au *microscope*, on distingue trois sortes d'éléments principaux: 1° des faisceaux de fibres du tissu conjonctif dirigés en

tous sens, faisant de nombreuses sinuosités; on voit immédiatement les unes à côté des autres des coupes longitudinales et transversales de faisceaux fibreux.

2° Des cellules plates du tissu conjonctif appliquées contre les faisceaux de tissu fibreux. — Dans certains points ces cellules, accumulées en amas considérables indiquent une prolifération abondante; elles sont reconnaissables à leur contenu granuleux, etc., etc. 3° des fibres-cellules ou *fibres musculaires lisses* généralement isolées, non réunies en faisceaux proprement dits, mais rassemblées quelquefois en nombre considérable sur le même point, à direction très-variée, parallèles ou perpendiculaires au trajet des faisceaux fibreux. 4° de nombreux vaisseaux ayant une paroi à structure généralement veineuse.

Les caractères précédents rangent cette tumeur dans la classe des fibro-myômes.

Séance du 30 *mai*. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Hypertrophie du cœur avec dilatation de l'aorte; ulcération des valvules sigmoïdes, par F. RAYMOND, interne des hôpitaux.

Bel.. 41 ans, tanneur, est entré le 20 mai à l'hôpital de la Pitié (service de M. MARROTTE).

Renseignements. Le malade, examiné le 20 mai, à 5 h. du soir, raconte qu'il y a un mois, il a eu une fluxion de poitrine, pour laquelle on a appliqué un large vésicatoire : il entra en convalescence au bout d'une quinzaine de jours, et pour se guérir plus vite, confiant dans l'air de la campagne, il se rendit à Charenton chez un de ses parents.

Tout alla bien pendant quelque temps; au bout de quatorze jours, il revint à Paris, reprendre son métier de tanneur; il put, quoique encore assez faible, travailler pendant 4 ou 5 jours; au bout de ce temps, fatigué par le moindre mouvement, sans force, il demanda son admission à l'hôpital, afin disait-il de se guérir complétement.

Etat actuel. — Ce qui frappe au premier abord, dans l'état du malade, c'est une difficulté extrême de respirer ; la dyspnée est assez intense pour qu'il soit obligé de se tenir assis dans son lit.

La face pâle exprime très-bien par le jeu des narines et le mouvement des muscles de la face l'angoisse de la respiration; l'abattement est extrême, le malade répond lentement aux questions qu'on lui adresse, mais il y répond très-nettement. La peau est chaude ; la température axillaire monte à 39°, 4; le pouls, petit, bat 140 pulsations.

Sans appétit depuis sa première maladie, notre malade a la bouche mauvaise, la langue sale, blanchâtre, épaisse, suivant son langage ; il est constipé ; cependant le ventre est souple et non douloureux. Il dort encore un peu la nuit, dans la position assise.

L'auscultation de la poitrine révèle à gauche, dans le 1/3 inférieur du poumon une diminution assez notable du murmure respiratoire ; point de râles ; submatité; légère résonnance de la voix ; à gauche, respiration normale ; de même en avant de la poitrine et des deux côtés.

La palpation de la région précordiale dénote une exagération des battements du cœur au point de vue de l'intensité et de la rapidité. — La percussion donne une matité étendue de haut en bas et transversalement surtout en bas.

En auscultant, on entend des souffles très-nets, à tous les orifices du cœur, aussi bien à la pointe qu'à la base ; ces souffles sont mobiles, changeauts. Pourtant celui du premier temps et de la base se présente toujours avec son caractère de rudesse, et d'intensité. Le pouls est régulier, petit et rapide.

De plus, à la base des gros vaisseaux, on entend très-nettement un bruit de frottement, indépendant des souffles et des mouvements de la respiration. En auscultant au-dessus du foyer aortique, on perçoit un souffre, qui se prolonge dans les vaisseaux du cou ; ce souffle on le retrouve le long de la colonne vertébrale en arrière au niveau des 5e, 6e, 7e dorsales.

La circulation veineuse du cou est gênée; les veines jugulaires sont turgescentes; elles le deviennent surtout au moment de l'expiration; point de pouls veineux. — L'examen des autres organes ne révèle rien d'anormal. Point d'alcoolisme.

Diagnostic : Endo-péricardite, avec aortite probable.

Marche et traitement. — Le 21 mai, vésicatoire à la région du cœur.

22 *mai.* Même état que la veille ; potion de Todd, et 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

23 *mai.* Un phénomène nouveau se déclare : le malade a été pris de diarrhée ; il est allé six fois à la garde-robe ; le ventre tendu, tympanisé, est douloureux à la pression ; nulle part, pas plus à la surface de l'abdomen, qu'en d'autres points du corps, on ne trouve de taches rosées, ni de pétéchies ; la prostration devient de plus en plus grande. — Même traitement tonique.

24 *mai.* La dyspnée est extrême ; les veines du cou, très-volumineuses, peuvent à peine se décharger ; la diarrhée augmente, ainsi que l'abattement des forces. Cet état général fait penser à l'endocardite ulcéreuse. On augmente la dose des toniques.

25 *mai.* Le matin, aggravation des symptômes précédents; le soir à 4 h. le malade meurt.

Autopsie faite le 26 *mai.*

Les organes de la *cavité crânienne* sont sains. — Il en est de même de ceux de la *cavité abdominale* moins le dernier mètre de l'intestin grêle ; la muqueuse de cette portion de l'organe est vascularisée, on dirait une injection de capillaires, et dans deux points, il existe une nodosité brune et rougeâtre, recouverte d'un lacis vasculaire. Rien dans les *poumons.* — Tous ces organes avaient déjà subi la putréfaction cadavérique en partie. — Aucune trace d'embolie, d'infarctus, etc.

Le *cœur* est considérablement augmenté de volume ; il en est de même de la crosse de l'aorte. — Son tissu pâle, anémié, se déchire avec la plus grande facilité. — Le *péricarde* contient 30 grammes de liquide environ. — Les deux feuillets sont épaissis ; l'épaississement est plus marqué sur le feuillet viscéral et à la base du cœur. Les surfaces épaisses, rougeâtres, sont tomenteuses; du reste les deux feuillets sont reliés entre eux par de nombreux tractus cellulo-scléreux.

Le *ventricule gauche*, dilaté, a ses parois amincies ; l'endocarde est rouge-brunâtre, coloration qui ne s'enlève pas par le lavage. — La *valvule mitrale* est normale ; il n'en est pas de même des sigmoïdes de l'aorte ; sur celle qui est adhérente au pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire, existe une végétation grosse comme une noix ; sa surface est bourgeonnante, sa consistance mollasse, sa coloration rougeâtre.

Sur la valvule opposée se trouve une ulcération comme taillée à l'emporte-pièce, à rebords saillants, légèrement épaissis. — La *crosse de l'aorte* dilatée, dans d'assez grandes proportions, a ses parois un peu plus épaisses que d'habitude; çà et là quelques plaques athéromateuses ; la surface interne est colorée comme l'endocarde, et le lavage, non plus, n'enlève pas cette coloration ; du reste cette surface dépolie, est villeuse, inégale jusqu'au niveau de la ligne dorsale. — Les vaisseaux qui partent de l'aorte et le ventricule droit n'offrent rien à noter.

M. CHARCOT. Une particularité dans ce cas, mérite d'attirer l'attention d'une façon spéciale, c'est l'inégalité du souffle qu'explique la diversité des lésions.

Endocardite ulcéreuse, par V. HANOT, interne des hôpitaux.

Demalin, 49 ans, puisatier, entré le 26 mai 1873, à l'hôpital Cochin (service de M. BUCQUOY). Cet homme, qui est d'une constitution très-robuste, dit n'avoir jamais fait aucune maladie ; il avoue avoir toujours fait de grands excès de boisson.

Six semaines environ avant d'entrer à l'hôpital, il s'enrhume comme il dit ; puis la toux alla croissant et s'accompagna bientôt de gêne de la respiration, et trois semaines après, la dyspnée était intense ; de temps à autre violentes palpitations ; les jambes commencèrent à enfler. Ces symptômes s'accusèrent de plus en plus. Le 22 mai il fut pris de fièvre violente avec frissons.

A son entrée à l'hôpital, on le trouve anhélant, le teint subictérique. Crachats muqueux très-épais.

Râles sous-crépitants nombreux, dans les deux poumons, surtout en arrière et aux bases. En arrière, à la partie moyenne

du poumon droit, râles sous-crépitants plus nombreux, plus fins.— Bronchophonie ; matité à la base du cœur, au niveau de l'orifice aortique ; les deux bruits sont rapeux et soufflants ; à la pointe, bruit de souffle au premier temps, avec dédoublement des bruits. Matité cardiaque, légèrement augmentée.

Pouls régulier, beaucoup moins ample à la radiale droite qu'à la radiale gauche.

Œdème des membres inférieurs. — Intelligence nette ; langue un peu sèche. T. 39°, 8 ; P. 120 ; R. 40.

27 *mai*. — La dyspnée est encore plus intense. Expectoration abondante de crachats rouillés, peu visqueux. Même état que la veille pour tout le reste. — Matin : T. 39°, 8 ; P. 116 ; R. 44. — Soir : T. 39°, 6 ; P. 124 ; R 40.

28 *mai*. Le malade est dans un véritable état d'asphyxie ; pas de délire. — Matin T. 40°, 1 ; P. 130 ; R. 45. — Soir : T. 40°, 2 : P. 145 ; R. 52. — Il succombe dans la soirée, sans convulsions.

AUTOPSIE. — Le *cœur* est très volumineux, à parois très-hypertrophiées. Les cavités sont remplies de caillots noirâtres ; caillot grisâtre insinué entre les valves de la valvule aortique. Sur le bord libre de deux des valvules sigmoïdes, petites masses blanchâtres crétacées, du volume d'un grain de chénevis ; le reste des valvules ne présente aucune modification morbide.

Immédiatement au-dessous de la valvule sigmoïde, voisine de la valvule mitrale, l'endocardite présente une *exulcération*, légèrement fongueuse, ressemblant assez à une érosion chancreuse, du diamètre de un centimètre et demi environ. — Les petites granulations rougeâtres de l'exulcération se prolongent, en quelque sorte, par un mince tractus, jusqu'à la face ventriculaire de la valve voisine de la mitrale. On suit le tractus jusqu'au bord libre de la mitrale, et sur la moitié environ de sa longueur, où il semble comme déchiqueté, de semblables bourgeons sont engagés entre les deux valves. Le reste de la valvule mitrale n'offre aucune altération. *Péricarde* à l'état sain.

La face interne de l'*aorte* dans toute l'étendue de la crosse est profondément altérée par des plaques d'athérome et d'endartérite chronique. La face interne des gros vaisseaux du cou et des bras ne présente presque aucune altération.

Congestion intense des deux *poumons*, nombreux lobules emphysémateux. Sur les coupes, les bronches donnent issue à un liquide muco-purulent; tout le côté moyen du poumon droit présente les lésions de la pneumonie catarrhale, on n'y trouve point d'infarctus. *Plèvre* saine. — *Foie* graisseux, sans infarctus. Pas d'infarctus non plus ni dans la rate, ni dans les reins, d'ailleurs fortement congestionnés.

REVUE MÉDICALE

I. — Nouvelle théorie de la chlorose, par M. LUTON.

Après avoir indiqué les diverses théories émises sur la nature de la chlorose (névrose, perturbation menstruelle, dyspepsie etc..) M. Luton rappelle que « ce qu'il y a de mieux établi dans l'histoire de la chlorose, c'est qu'elle est une anémie et que l'abaissement du chiffre des globules rouges est la vraie base anatomique de cette maladie. » La chlorose a tous les caractères de l'anémie hémorrhagique, bien que, à part les cas de chlorose ménorrhagique, cette maladie s'accompagne plutôt d'aménorrhée ou de dysménorrhée. L'auteur se demande ensuite s'il n'y aurait pas « quelque point du corps par lequel se ferait un écoulement latent du sang dont la continuité entraînerait tous les accidents propres à la chlorose. » Pour lui, la muqueuse gastrique semblerait devoir être le siége le plus habituel de ce suintement sanguin. De là, le parallèle suivant qu'il fait entre la chlorose et l'ulcère simple de l'estomac.

1° La chlorose et certaines formes d'ulcères de l'estomac (l'érosion hémorrhagique) sont particulières à la femme.

2° Les désordres de la menstruation sont communs aux deux cas ; en effet Brinton signale la suppression des règles comme une cause de l'ulcère simple chez les filles pubères : cette variété d'ulcère a même reçu le nom d'ulcère menstruel.

3° Dans la chlorose, l'aménorrhée a son corrélatif naturel dans des hémorrhagies auxiliaires se faisant par la muqueuse stomacale, entre autres.

4° Les phénomènes gastralgiques, qui sont essentiels dans l'ulcère simple, sont également fréquents dans le cours de la chlorose ; mais seulement à titre sympathique dit-on.

5° L'hématémèse, se manifestant quelquefois sans douleur, correspondrait aux cas où la chlorose existe sans gastralgie.

6° L'anémie, si caractéristique dans la chlorose, appartient également à l'ulcère simple, qui crée à la longue un état cachectique donné, par Brinton, comme spécial.

7° Enfin il n'est pas jusqu'à traitement qui ne confirme ce parallèle, en montrant que le perchlorure de fer est un remède très-efficace contre les érosions de l'estomac et contre la chlorose elle-même, vis-à-vis de laquelle aucune autre préparation ferrugineuse ne le vaut.

M. Luton termine en disant que l'hémorrhagie qui engendre la chlorose peut se produire en tout autre endroit que par la muqueuse gastrique et, notamment par la muqueuse du duodénum, de l'intestin grêle, et du gros intestin. Aussi conseille-t-il, comme moyen de vérifier sa théorie, d'examiner avec soin les garde-robes : on les trouvera plus au moins colorées de sang et le microscope pourra y décèler la présence des globules sanguins. *Société médicale de Reims*, n° 10).

II. — De l'hémianesthésie d'origine encéphalique, par L. TURCK.

Dans sa leçon sur *l'hémianesthésie hystérique*, M. Charcot, après avoir indiqué les caractères qui jusqu'alors semblaient permettre de la distinguer de l'hémianesthésie d'origine encéphalique, formulait ses réserves dans les termes suivants : « Quant à présent l'anesthésie de la sensibilité générale parait seule avoir été signalée, en conséquence d'une altération des hémisphères cérébraux de telle sorte que *l'obnubilation des sens spéciaux* resterait comme caractère distinctif de l'hémianesthésie des hystériques. Mais il est permis de douter que les organes des sens aient été attentivement explorés dans les faits d'hémianesthésie par lésion cérébrale, publiés jusqu'à ce jour ; les observations ne contiennent aucune mention à cet égard. Je suis porté à croire pour mon compte que la participation des sens spéciaux sera, en pareil cas, reconnue quelque jour, lorsqu'on aura pris soin de la rechercher... » (1)

Depuis l'époque où M. Charcot formulait ainsi son opinion, il a pu se procurer, grâce à l'obligeance de M. Magnan le travail de L. Türck sur *l'hémianesthésie d'origine encéphalique* et il a fait figurer en note, dans le fascicule de ses leçons qui vient de paraître, le résumé suivant qu'il nous semble utile de reproduire.

CAS I. — Fr. Amerso, 78 ans. En août 1858, hémiplégie gauche. Bientôt la motilité reparait. — 12 *nov*. Les mouvements du membre supérieur gauche sont énergiques et rapides : ceux du membre inférieur correspondant présentent une légère parésie. Il existe une anesthésie très-intense du côté gauche (membres, tronc, etc.). A la face, la sensibilité est, de ce côté seulement, diminuée. De temps en temps, fourmillements dans tout le côté gauche. Mort le 1er mars 1859.

Autopsie. — Au pied de la couronne radiée de l'hémisphère droit, immédiatement en dehors de la queue du corps strié, on trouve une lacune de la dimension d'un pois (*infiltration cellulaire*). La paroi antérieure de cette lacune siége à deux lignes en arrière de l'extrémité antérieure de la couche optique. A deux ou trois lignes plus loin, on voit une autre lacune, moins grande, qui s'étend jusqu'à quatre ou cinq lignes en arrière de l'extrémité postérieure de la couche optique, de telle sorte que, comme la longueur habituelle de la couche optique est de dix-huit lignes, la portion de la couronne radiée qui avoisine immédiatement la queue du corps strié était perforée d'avant en arrière par l'ancien foyer de ramollissement dans une étendue de onze lignes. Un foyer semblable intéresse la partie externe de la troisième partie du noyau lenticulaire. Il commence à peu près à deux lignes en arrière du bord antérieur de la couche optique et finit à quatre lignes environ de l'extrémité postérieure de la couche optique. Dans son long trajet de un pouce, il occupait la plus grande longueur du côté interne de la troisième partie du noyau lenticulaire et une partie de la capsule interne. Dans

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1re série, p. 278.

la moitié postérieure de leur parcours, ces deux foyers n'étaient plus éloignés, en un point, que d'une ligne. Il en résultait que, à cet endroit, presque toute la couronne radiée était séparée de la capsule interne et de la couche optique. — *Moelle épinière* : Amas de corps granuleux, assez abondants dans le cordon latéral gauche, rares dans le cordon antérieur.

Cas II. — S. Jean, 55 ans. Attaque suivie d'hémiplégie, le 25 octobre 1851. Deux mois plus tard, la paralysie des extrémités disparaît de telle sorte que le malade avait la possibilité d'étendre le bras, de serrer avec assez de vigueur et de marcher sans appui, mais en boitant — *Octobre* 1855. Depuis l'attaque, anesthésie des membres du côté gauche (face, tronc également anesthésiés quoique à un moindre degré). La motilité est revenue ; toutefois, les membres du côté gauche sont moins forts que ceux du côté droit. Mort le 31 oct. 1858.

Autopsie. Cicatrice ancienne, plate, ayant 5 lignes environ de largeur et 8 de longueur, située à la partie supérieure et externe de la couche optique droite. La cicatrice commence à quatre lignes et demi en arrière de l'extrémité antérieure gauche de la couche optique et finit huit lignes plus loin. Parallèlement à cette cicatrice, on en voit une autre, longue d'un pouce, occupant la troisième partie du noyau lenticulaire : elle commence à deux lignes en arrière de l'extrémité antérieure de la couche optique et se termine à peu près trois lignes en avant de l'extrémité postérieure de la couche optique. (Fig. 2, 2 et 2'). Il y avait en outre une lacune dans le lobe inférieur droit, (fig. 2, 2"), une autre dans le lobe antérieur



Fig. 2. — *Coupe transversale du cerveau.* — *a*, couche optique ; — *b*, corps strié, noyau lenticulaire ; — *e*, corps strié, noyau caudé ; — *f*, indication de la couronne rayonnante de Reil ; — 2, 2', 2", foyers apoplectiques (obs. II du mémoire de M. Türck p. 279) ; — 3, indication du foyer apoplectique. (Obs. III du mémoire de M. Türck.)

du même côté, deux de la grosseur d'une tête d'épingle dans la partie antérieure de la couche optique droite ; deux dans le pont de Varole: enfin une dans la portion droite et supérieure de l'hémisphère gauche du cervelet. On n'a pas noté de dégénération secondaire de la moelle.

Cas III. — Fr. Hasvelka. 22 ans. 1er *nov.* 1852. Attaque apoplectique, hémiplégie à droite avec anesthésie intense de la moitié correspondante du corps. Au bout de cinq semaines, la paralysie motrice diminua. — 3 *fév.* 1853. Les mouvements sont tout à fait libres à droite. Toute la moitié droite du corps est le siége d'une anesthésie très-prononcée (cuir chevelu, oreille, face et tronc). L'anesthésie est tout aussi accusée aux paupières, à la narine, à la moitié droite des lèvres et cela non-seulement à l'extérieur, mais encore à l'intérieur. La conjonctive oculaire droite est moins sensible que la gauche. Le chatouillement est moins bien perçu dans la narine droite que dans l'autre. Même différence pour les conduits auditifs. Sur la moitié droite de la bouche (langue, palais, gencives, joue), la sensation de chaleur est moins vive que sur la moitié gauche. A la pointe de la langue, à droite et dans une longueur d'un pouce, le malade ne sent pas le *goût* du sel, Même chose pour la partie droite du dos et de la racine de la langue. A droite encore, l'*odorat* est affaibli et la vision est moins nette, Lorsqu'on a fait rétrécir les pupilles en approchant une lumière des globes oculaires, la pupille droite se dilate ensuite plus que la gauche. L'*ouïe* est normale des deux côtés. — 26 *fev.* L'anesthésie a diminué ; les mouvements sont plus énergiques. — 15 *mars.* Amélioration temporaire de la vue : il n'y a pas de différence entre les deux yeux. — 3 *avril.* L'anesthésie existe encore sur toute la moitié droite du corps (attouchement, pincement), l'affaiblissement de la vue a fait des progrès à droite. — Mort le 4 avril.

Autopsie. Dans la substance blanche du lobe supérieur gauche, on découvrit un foyer de ramollissement de la longueur de deux pouces et de la largeur d'un pouce. Il s'enfonçait dans les circonvolutions inférieures de l'opercule et gagnait la surface du cerveau. Son extrémité postérieure correspondait à celle de la couche optique ; sa partie antérieure dépassait de beaucoup celle de la couche optique. Dans sa portion la plus large, le foyer n'était séparé que de trois lignes de la queue du corps strié. Les circonvolutions cérébrales placées au dessus étaient, sur une étendue égale à celle d'un florin, jaunes, ramollies et déprimées. (Fig. 2, 3). Couche optique saine. Peut-être un petit fragment de la 3e partie du noyau lenticulaire a-t-il été touché. Le foyer avait détruit une longueur assez considérable de la substance blanche et les deux tiers externes du pied de la couronne radiée. — *Moelle* : légère agglomération de noyaux dans la partie la plus postérieure du cordon latéral.

Cas IV. — Anne B., femme âgée, morte le 22 février. Elle avait, depuis plusieurs années, une hémiplégie du côté droit, avec une anesthésie intense dans la même partie du corps. En outre, anesthésie sensorielle (vue, odorat, goût) du même côté et fourmillements.

Autopsie. Foyer apoplectique ancien, pigmenté de brun, situé le long de la partie externe de la couche optique gauche et tout près de la queue du corps strié. Il commence à six lignes en arrière de l'extrémité antérieure de la couche optique et s'étend jusqu'à deux ou trois lignes en avant de l'extrémité postérieure de la couche optique. En avant, il est à une demi ligne et en arrière à deux ou trois lignes au-dessus de la face supérieure de la couche optique qui est considérablement enfoncée à ce niveau. Long d'un pouce, profond de quatre à cinq lignes, le foyer touche une grande étendue de la partie postérieure du rayonnement du pédoncule cérébral, une partie de la capsule interne et peut-être aussi une portion du nucléole lenticulaire. — *Moelle* : accumulation de corps granuleux dans la partie postérieure du cordon latéral droit.

En résumé, les foyers siégeaient à la périphérie externe des couches optiques, s'étendaient d'avant en arrière suivant l'axe longitudinal du cerveau sans atteindre le plus souvent les extrémités de la couche optique. Ils avaient de huit lignes à un pouce de longueur, atteignant dans la substance blanche jusqu'à deux pouces. Les régions lésées étaient : la partie supérieure et externe de la couche optique ; la 3e partie du nucléole lenticulaire ; la partie postérieure de la capsule interne comprise entre la couche optique et le nucléole lenticulaire ; la portion correspondante de la substance blanche du lobe supérieur qui lui est opposée. Toujours plusieurs de ces régions étaient affectées en même temps. Les fibres qui vont de la substance blanche de l'hémisphère dans la partie externe de la couche optique étaient constamment lésées (1).

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie étiologique et traitement de l'anapradisie, par le Dr Ch. Pechenet. In-8 de 78 pages. Paris, chez Delahaye.

L'auteur, dans un court avant-propos, définit son sujet et

(1) Türck-*Ueber die Beziechung gewisses Kranheitsherde des grossen Gehirnes zur Anasthesie. Aus dem* xxxvi Band S. 191 des Jahrganges 1859 des Sitzungsberichte der mathem. naturw. classe der Kais. Akademie der Wissenschaften.

établit la différence qu'il y a entre l'anaphrodisie et l'agénésie. Il divise son mémoire en trois parties priucipales. Dans la première il résume l'anatomie et la physiologie de l'appareil géuital, puis il décrit le mécanisme de l'érection et passe en revue les différentes théories qui ont été données pour expliquer le phénomène qu'il attribue surtout aux causes extérieures et à l'imagination.

La seconde partie est consacrée à l'étude des causes de l'anaphrodisie. Elles sont surtout de quatre espèces : 1° Les altérations du sang ou troubles de nutrition, tels que la cachexie syphilitique, l'asphyxie par la vapeur de charbon, toutes les intoxications en général ; l'anémie résultant de fièvres intermitteutes, le défaut d'alimeutation. Daus ce groupe il faut encore ranger certaines maladies, la diabète, la goutte, les maladies du rein, la diphthérie, les dyspepsies.

2° L'altération des centres nerveux ou troubles d'innervation qui compreunent les lésions matérielles du système nerveux, toutes les névroses et surtout la paralysie agitante et la spermatorrhée. — 3° Les perversions de l'imagination ou troubles moraux ; — 4° Les lésions accidentelles ou anomalies congénitales des organes nécessaires à l'érection et, parmi ces dernières, l'abseuce de verge, la dimension extrême du pénis, l'absence de testicule et le phimosis congénital.

Certaines substances, qui ont la propriété d'exciter les nerfs vaso-moteurs, — et que l'on appelle anaphrodisiaques,— peuvent aussi par leur ingestion amener des troubles agénésiques. Au premier rang il faut citer le bromure de potassium qui agit en empêchant l'afflux sanguin dans les aréoles du tissu érectile ; la belladone et son alcaloïde, l'atropine, ont un effet à peu près semblable.

La digitale, le café, que Linné appelait *liqueur des chapons*, le tabac ont aussi une grande influence sur l'inertie des organes génitaux. Viennent ensuite le houblon, à cause du lupulin qu'il contient, le camphre, absorbé à l'état moléculaire, le haschish, la laitue, le nitrate de potasse, la ciguë etc., etc.

Le *traitement* fait l'objet de la 3e partie. L'auteur classe eu 3 groupes les différentes médications employées. 1° *Agents médicamenteux.* — Cantharide, phosphore, strychnine, opium et alcool à doses modérées, musc, castoréum, vanille, menthe, etc., etc. — 2° *Agents physiques.* — Hydrothérapie, calorique, électricité, magnétisme ! — 3° *Agents mécaniques.* — Massage, flagellation, ventouses, sinapismes.

Est-ce à dire que l'emploi de ces différeuts agents suffira toujours pour amener la guérison ? non. Si la maladie est produite par des troubles de nutrition ou une altération du saug ; par l'anémie ou la syphilis, il faudra surtout instituer la médication propre à chacune de ces affections.

Il est aussi bien évident que les traitements indiqués ne peuvent avoir aucune action, si la maladie est produite par des lésions accidentelles des organes érecteurs ou des anomalies congénitales. Enfin dans les cas de perversions de l'imagination, c'est par l'influeuce morale que le médecin agira surtout.

Quelle que soit sa cause, l'anaphrodisie entraine des conséquences graves au point de vue social ; aussi le médecin doit-il faire tous ses efforts pour la faire cesser : « mais, ajoute l'auteur, la science doit se détourner de ces vieillards débauchés, de ces libertins épuisés qui lui demaudent un moment d'énergie factice pour s'enivrer dans une deruière orgie. »

C'est là uue raison juste et qu'aucun médecin ne devrait perdre de vue. Pour cela, il importe que lui-même, dans sa conduite, ait toujours le respect de la science et de l'honnêteté.

G. du Basty.

CORRESPONDANCE.

Le Choléra à Munich.

Munich, 9 août 1873.

Depuis 2 mois, quelques cas de choléra sporadique se sont déclarés à Muuich, mais à de longs intervalles et dans des quartiers éloignés les uns des autres. Au commencement de cette semaine, les choses ont changé d'aspect, et chaque jour compte mainteuant une moyenne de 15 à 20 cas de choléra dont un assez grand nombre sont mortels. Ainsi, dans la journée du 8 au 9 août, il y a eu 19 cas nouveaux et 6 décès. Ces chiffres sont assez respectables, même pour une ville de 170,000 habitants; aussi l'association des médecins de Munich s'est-elle récemmeut réunie dans le local habituel de ses séances afin de décider les mesures qu'il y aurait à prendre. Dans cette séance, *M. Lindwurm*, professeur de clinique médicale et directeur de l'hôpital, a prié la Société de cesser pour le momeut la discussion sur l'étiologie du typhus, et de concentrer toute son attention sur l'épidémie qui commence à se propager dans la ville. — Pour sa part, il a déjà observé à l'Hôpital, 40 cas au moins de choléra dans l'espace de peu de jours. — Il conjure ses collègues de veiller à ce que les déclarations soient immédiatement faites à la police aussitôt qu'un cas de choléra est confirmé. A ce sujet, il cite un fait dont il vient d'avoir connaissance : le corps d'un cholérique n'a été enterré qu'après le délai légal, et sans qu'on eût pris aucuue précaution pour isoler le cadavre, ni employé aucuu agent désiufectant.

Or M. *Lindwurm* considère comme essentiel, si l'on veut arrêter les progrès de l'épidémie, d'employer immédiatement et avec la plus grande rigueur tous les agents désinfectants (désinfection des déjections, des vêtements, des salles, etc.) Si cette méthode n'a pas toujours été couronnée de succès *dans les grands centres*, où des quartiers entiers continuaient à être décimés, malgré l'emploi des *antiputrides*, il pense que ceux-ci peuvent, au contraire, avoir une grande utilité *dans les premiers temps d'une épidémie*, lorsque celle-ci est encore limitée à l'hôpital; grâce à l'emploi des désinfectants, la maladie ne s'est pas propagée soit dans d'autres salles, soit au dehors.

La discussion s'engage ensuite sur le fait suivant : quels sont les cas qu'il faut désigner, dans les statistiques, sous le nom de choléra ? — On reconnait combien il est difficile parfois d'établir une limite précise entre le choléra vrai, et certains accidents cholériformes. La société ne croit pas devoir donner d'instruction spéciale à cet égard, et, elle laisse à l'appréciation de chacun de ses membres de décider pour chaque cas particulier. — La prochaine séance, qui aura lieu dans 8 jours, sera uniquement consacrée à la discussion sur le choléra.

Ajoutons enfin que M. Petenkofer, professeur d'hygiène à l'Université de Munich, vient de publier une brochure destinée surtout au public « *sur les moyens de se préserver du choléra.* »

D.

NOUVELLES

Mortalité a Paris (1,851,792 habitants.) — Du 2 au 8 août, 722 décès. Rougeole, 18 ; — scarlatine, 5 ; — fièvre typhoïde, 14 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 15 ; — pneumonie, 26 , — *dyssentérie*, 2 ; — *diarrhée cholériforme de jeunes enfants*, 40 ; — *choléra nostras*, 0 ; — angine couenneuse, 5 ; — croup, 9 ; — affections puerpérales, 4 ; — autres affections aiguës, 216 ; — affections chroniques, 310 dont 136 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 34 ; — accidentelles, 19.

Londres (3,356,073 habitants.) Décès du 21 juillet au 2 août, 1,508. — Variole, 1 ; — rougeole, 28 ; — scarlatine, 8 ; — fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite, 80 ; — pneumonie, 42 ; — *dyssenterie*, 2 ; — *diarrhée*, 375 ; — *choléra nostras*, 23 ; — diphthérie, 3 ; — croup, 9 ; — coqueluche, 41.

Choléra. — *Allemagne.* — Une dépêche de Berlin en date du 7 août annonce que, suivant les rapports officiels de la police métropolitaine, il semblerait que huit décès seulement causés par le choléra ont eu lieu à Berlin dans la dernière semaine de juillet. L'épidémie a éclaté depuis lors avec une grande violence parmi les troupes qui occupent les casernes de la place. — On annonce aussi que le choléra s'est déclaré à Hambourg avec une certaine intensité.

La *Gazette de la Croix* annonce que le choléra vient d'éclater à Strausberg Sur seize malades traités dans l'asile des pauvres, huit sont morts.

Gallicie. — D'après *Wiener Medizinische Wochenschrift*, du 9 août, il y aurait eu du 15 juin au 15 juillet, 3,751 nouveaux cas de choléra qui, joints aux 83 cas encore en traitement, font un total de 3,839 cas. qui se subdivisent ainsi : 1,918 guérisons ; 1,000 morts et 1,047 encore en traitement.

Hongrie. — Du 15 juillet au 1er août, on fait mention de 41,673 cas, dont *trente mille* survenus dans la quinzaine indiquée : il y a donc une énorme recrudescence de l'épidémie qui avait commencé à diminuer. Des cas signalés on donne 18,139 cas comme guéris et 15,855 décès. (*Wiener Med. Woch.*)

Dans la ville de Bude et Pesth, il y a eu, durant la semaine qui a fini le

22 juillet, 315 cas de choléra et 150 décès ; dans la semaine qui a fini le 29, 358 cas et 160 décès. L'épidémie iait en augmentant. (*The Lancet*).

Turquie. — Le choléra aurait fait sou apparition eu *Bosnie* où on a observé 25 cas dont 8 ont eu une issne fatale.

Moldavie. — Du 16 au 22 juillet, on a constaté 33 cas de choléra à *Galatz*. (*The Lancet*).

Illyrie. — Le choléra a fait deux victimes parmi les troupes de *Trieste*.

Suède. — 20 cas de choléra et 12 décès à *Helsingborg*. Le premier cas a été signalé le 23 juillet.

Italie. — A *Venise*, le choléra se soutient sans diminuer. Les chiffres de ces derniers jours ont été : 22, 24, 12, 29, 24, 10, 15. — La province de *Trévise* est infectée, quoique la ville reste indemme. — A *Padoue*, après la trève que nous avons signalée, la maladie revient avec plus de vigueur, dans la ville et la province ; mais les villes les plus éprouvées sont : *Portogruaro, Chioggia, Mestre et Piovre.*

Les médecins commencent à manquer, quoique les internes et assistants aient quitté les hôpitaux. Les progrès de l'épidémie out suscité de la part des populations des méfiances, des soupçons, en un mot, une réaction contre les médecins et les mesures sanitaires. — Le journal qui nous fournit tous ces renseignements, termine en rappelant à nos collègues, la devise qu'ils ne doivent pas oublier dans cette terrible situation : « Sans peur et sans tache. » (*Gazzetta Medica delle provincie venete, 9 août 1873.*)

— Du 14 au 27 juillet, il y aurait eu à *Parme* 17 cas et 10 décès; le 28, 2 cas; le 29, 3 cas et 3 décès; le 30, 3 cas et 2 décès.

Angleterre. — *The Lancet* assure qu'aucun cas de choléra n'a été signalé à Londres pendant la semaine qui a fini le 9 août.

France. — D'après *The Lancet*, on aurait constaté, à *Rouen*, un cas de cholera fatal sur un navire anglais. Le même journal annonce que d'autres cas se seraient présentés dans le voisinage de Rouen (?).

M. Nélaton, est, assure-t-on, dans une situation désespérée.

Vacances médicales. — Un poste médical important est vacant, à Saint-Vâast d'Equiqueville, arrondissement de Dieppe (Seine-Inférieure). S'adresser pour les renseignements au maire de cette localité (*Courrier méd.*). — A céder à des conditions très-avantageuses, une clientèle médicale, à Paris. Le titulaire est médecin de plusieurs établissements publics ou privés, ainsi que de sociétés professionnelles. Il touche en moyenne 1,500 fr. Entrée en jouissance le 1e avril 1874. S'adresser pour plus amples renseignements au bureau du journal (*Journal de médecine et de chirurgie prat.*)

Vacance pharmaceutique. — La place de pharmacien en chef à l'hôpital civil de Bône est actuellement vacante, par suite du décès du titulaire. Les candidats à cet emploi devront adresser leur demande au Préfet du département de Constantine, et produire à l'appui : 1° Leur diplôme de pharmacien de 1re classe ou de 2e classe; 2° Un certificat de moralité délivré par le maire de leur domicile. Il leur sera tenu compte, en outre, de tous autres titres constatant leur aptitude ou les services qu'ils auraient rendus antérieurement.

Un traitement de 2,400 fr. par an est alloué au titulaire (*Gazette médicale de l'Algérie*).

Société de thérapeutique expérimentale. — Ordre du jour de la séance du 18 août : 1° Suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix ; — 2° Rapport de M. le docteur Bédal sur le travail de M. le docteur Corre, coucernant les appareils pour secours aux blessés ; — Travail de M. le docteur Dauphey sur le *Phellandrium aquaticum*. La société siége rue des Poitevins, 2.

Tardif (E.). De la pustule maligne observée à Paris. — In-8° de 68 pages. Paris, 1873. Derenne, rue Saint-Severin, 25.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 11 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 23 AOUT 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an .... 16 fr.
Six mois .... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page... 50 — }

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE MÉDICALE

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

DE LA PARAPLÉGIE CERVICALE.

Messieurs,

Je terminerai cette série d'études relatives à la compression spinale lente, en appelant votre attention sur certaines particularités qui s'observent quelquefois dans les cas où la lésion qui détermine les phénomènes de compression affecte la région cervico-brachiale de la moelle épinière.

I. Nous nous occuperons, en premier lieu, d'une forme singulière de paralysie qu'on peut rencontrer en pareil cas et que nous vous proposerons de désigner à l'exemple de M. Gull, sous la dénomination, assurément très pratique, de *paraplégie cervicale* (2). La paralysie occupe alors, soit un seul des membres supérieurs, soit les deux membres supérieurs à la fois, exclusivement ou tout au moins d'une façon prédominante. — Les membres abdominaux sont souvent affectés à leur tour, par la suite, mais généralement à un degré relativement moindre. Il n'est pas très-rare de rencontrer cette forme de paralysie dans le mal de Pott cervical.

a. Il peut arriver, et il arrive en effet assez fréquemment dans cette variété du mal de Pott, que les nerfs des extrémités supérieures soient comprimés, tantôt au niveau des trous de conjugaison, tantôt dans leur passage à travers

(1) Voir les nos 1, 4, 6 et 9 du *Progrès Médical*.

(2) *Cervical Paraplegia*. In *Guy's Hosp. Reports*, t. IV, 1858, p. 207.

la dure-mère épaissie par le fait de la pachyméningite caséeuse. Cette compression, portée à un certain degré, aura nécessairement tôt ou tard, pour résultat, une paralysie portant, suivant le cas, soit simultanément sur les deux membres supérieurs, soit sur un seul de ces membres isolément; paralysie toute périphérique et qui se traduira à peu près, Messieurs, par l'ensemble des symptômes suivants :

A l'origine une douleur vive occuperait le trajet des troncs nerveux comprimés et irrités ; il pourra s'y joindre une hyperesthésie plus ou moins prononcée des téguments, des troubles vaso-moteurs variés, diverses éruptions cutanées vésiculeuses et bulleuses, etc., en un mot toute la série des phénomènes que nous avons naguère appris à connaître à propos des *pseudo-névralgies* et sur lesquels, par conséquent, il n'est pas nécessaire de revenir. L'impuissance motrice ne tarderait pas à survenir, et les muscles des membres paralysés présenteraient bientôt une atrophie plus ou moins accusée, accompagnée ordinairement d'une diminution plus ou moins accentuée de la contractilité faradique par les progrès du mal. L'hypéresthésie ferait place à une anesthésie souvent très-profonde. — Enfin il y aurait lieu de relever l'existence, dans les membres privés du mouvement, d'un amoindrissement et même la suppression totale des actes réflexes (1).

b. La compression subie par les filets nerveux qui donnent naissance au plexus brachial n'est pas, tant sans faut, la seule cause organique capable de produire la paraplégie cervicale ; celle-ci peut se montrer encore en conséquence de lésions qui portent leur action sur la moelle épinière elle-même.

S'il est vrai qu'une compression très-accentuée, poussée au point, par exemple, de déterminer l'aplatissement de la moelle, a pour effet nécessaire, lorsqu'elle s'exerce sur la région cervico-brachiale, de paralyser les quatre membres, l'observation démontre, d'un autre côté, qu'une pression moins forte, s'exerçant sur cette même région, peut dans de certaines conditions, avoir pour résultat d'occa-

(1) Sur la *paraplégie cervicale par compression des troncs nerveux*, consultez : Brodie. — *Injuries of the spinal cord*. In *Medico chirurgical Transact*. 1837, t. 20, p. 131. — Marshall Hall, In *Medic. chir. Transact*. 1839, t. 22, p. 216; — Niemeyer. *Speciell. Pathol.*, t. II, p. 358; — M. Rosenthal.— *Canstatt's Jaresb*. 1866, 2e Bd., 1 abts, p. 45 et Nervenkrankh.; Benedikt.— *Electrotherap*, t. II, p. 316 ; — J.-A. Michaud. *Sur la méningite et sur la myélite dans le mal vertébral*. Paris, 1871, p. 56.

sionner une paralysie motrice limitée, au moins pendant quelque temps, aux deux membres supérieurs ou même à l'un de ces membres.

Pour se rendre compte anatomiquement et physiologiquement de ce phénomène, mis en relief par l'observation clinique, on a proposé d'admettre que les conducteurs pour les incitations motrices volontaires des membres thoraciques occupent, dans la moelle cervicale, un plan plus superficiel que celui qu'occupent les conducteurs des mêmes incitations pour les membres inférieurs. Il suit naturellement de là que les deux ordres de conducteurs peuvent être lésés isolément, séparément. (1)

Quelle que soit la valeur de cette interprétation, on ne saurait, Messieurs, je le répète, mettre en doute l'existence de la forme de paralysie des membres supérieurs sur laquelle j'appelle votre attention. Voici d'ailleurs l'indication sommaire des traits particuliers sous lesquels elle se présente et qui permettent de la distinguer des paralysies cervicales liées à la compression périphérique des nerfs. — Dans celle-ci, vous le voyez, l'impuissance motrice est précédée et accompagnée de douleurs vives (pseudo-névralgies) suivie tôt ou tard d'anesthésie ; il s'y ajoute une atrophie plus ou moins marquée et plus ou moins rapide des masses musculaires, avec diminution de la réaction faradique.

Les actes réflexes dans les membres paralysés sont amoindris ou supprimés. La paraplégie cervicale par compression spinale antéro-postérieure, se présenterait au contraire, avec des caractères tout autres. Ici les muscles conservent pendant fort longtemps leur volume ainsi que leurs propriétés électriques. La sensibilité peut n'être pas notablement modifiée ; enfin, non-seulement les phénomènes réflexes persistent, dans les membres paralysés, mais encore ils s'y montrent quelquefois manifestement exaltés. Cette circonstance, qui suffirait à elle seule, pour démontrer que la lésion ne porte pas sur le trajet périphérique des nerfs se trouve mise en relief déjà, dans une observation recueillie par M. Budd et qui fait partie d'un mémoire très-intéressant dont la publication remonte à l'année 1839 (2). Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille scrofuleuse, atteinte de carie des vertèbres cervicales et chez laquelle se développa consécutivement un abcès rétro-pharyngien. Pendant deux ans environ la paralysie s'était montrée limitée aux membres supérieurs ; elle envahit par la suite le membre inférieur droit. Sous l'influence de diverses excitations ainsi que pendant l'acte de la micturition et de la défécation, des mouvements involontaires plus ou moins énergiques survenaient dans ce membre, et aussi parfois, bien que toujours à un degré moins prononcé, dans le membre supérieur du même côté.

Un fait raconté par le Dr. Radcliffe doit être rapproché. à certains égards, de celui du Dr. Budd.

c. Il est encore, Messieurs, un autre mode suivant lequel une altération de la région cervico-brachiale de la moelle épinière, pourrait déterminer une paralysie motrice bornée aux membres supérieurs. Vous n'ignorez pas que, dans certains cas de paralysie infantile spinale, la *paraplégie cervicale* s'observe lorsque la lésion systématique des cornes antérieures de la substance grise reste limitée, dans une certaine étendue en hauteur, au renflement brachial. Les membres paralysés présentent alors, dès l'origine, une flaccidité extrême, résultat de la perte de la tonicité des muscles ; les actes réflexes sont plus ou moins complétement abolis ; les muscles atrophiés, ne répondent plus aux excitations faradique. La sensibilité n'est, dans la règle, en rien modifiée.

Une myélite, aiguë partielle de même siége, produirait à peu de chose près les mêmes effets (1) et l'on peut en dire autant d'une tumeur qui, primitivement développée, vers le centre de la moelle cervicale, s'étendrait principalement en avant de manière à affecter surtout la substance grise des cornes antérieures. Seulement dans ce dernier cas, en raison de l'évolution relativement lente de la lésion et de son extension pour ainsi dire fatale à un moment donné, soit aux faisceaux blancs, soit aux régions postérieures de la substance grise, l'aspect des symptômes se montrerait nécessairement plus ou moins profondément modifié. Quoi qu'il en soit on pourrait citer quelques exemples où une tumeur intra-spinale cervicale a déterminé dans les membres supérieurs une paralysie se rapprochant à beaucoup d'égards du type infantile. A ce propos, je me bornerai à signaler une observation recueillie par M. Gull et où il s'agit d'un enfant de 8 mois chez lequel un tubercule solitaire s'était développé à la partie inférieure du renflement cervical, au niveau de l'origine des 6e et 7e nerfs cervicaux. La paralysie envahit d'abord graduellement le membre supérieur droit ; puis, au bout de 15 jours, elle s'était étendue au membre supérieur gauche. Deux mois après le début des premiers symptômes, les membres paralysés, profondément amaigris, pendaient flasques et inertes de chaque côté du corps. Les membres abdominaux étaient faibles, mais le petit malade pouvait les mouvoir volontairement. La mort survint environ six mois après l'invasion de la paralysie. Jusqu'au dernier moment les mouvements volontaires persistèrent à un certain degré dans les membres inférieurs (2).

Je ne m'étendrai pas plus longuement ici sur cette dernière variété de paralysie cervicale d'origine spinale. J'aurai l'occasion d'y revenir par la suite. *(A suivre.)*

(1) Consulter : Brown Séquard. — *Journal de la physiologie*, etc., t. VI. 1863, p. 139, 631 et 632. Eulemburg. — *Functionellen Nervenkrankh.* Berlin, 1871. p. 379.

(2) *Pathologie of the spinal cord.* In *Med. chir. Transact.* 1839, t. 22, p 161.

(1) Ollivier (d'Anger), t. II, p. 319, 3e édition.

(2) *Guy's Hospital Report*, 18.., p. 206, case XXXII. Voir aussi le cas XV du même recueil, p. 1.., p. ..1. où il s'agit vraisemblablement d'un gliôme.

PHYSIOLOGIE

Influence des conditions respiratoires sur le mécanisme de la circulation veineuse thoracique.

Par **ROSAPELLY**.

§ 1. La pression atmosphérique n'a pas d'action directe sur la progression du sang veineux.

Nous avons déjà vu qu'une des conclusions de Barry ne rendait pas compte de tous les faits observés dans ses expériences et que les faits eux-mêmes avaient été incomplétement observés ; il est facile de s'expliquer à combien d'erreurs il dut être conduit lorsqu'il voulut appliquer cette conclusion à la théorie de la circulation veineuse.

Pour Barry, *la principale puissance qui pousse le sang à travers les veines est la pression atmosphérique.* Cette affirmation

n'avait pas tardé à être combattue par Magendie qui se contentait de montrer que la pression atmosphérique ne peut pas pousser le sang plutôt dans un sens que dans l'autre, par conséquent pas plus du côté du cœur que du côté des capillaires.

Mais l'analogie que Barry a cru pouvoir établir entre les conditions de ses expériences et celles de la circulation veineuse est inacceptable encore sur d'autres points. Dans les expériences, le liquide était directement en rapport avec la pression atmosphérique et c'est elle qui le poussait dans l'intérieur de l'appareil ; dans la circulation normale, la pression au lieu d'agir sur le sang contenu dans la veine presse au contraire extérieurement sur les parois du vaisseau et l'aplatit si le vide tend à se former dans son intérieur.

De plus, nous avons déjà vu que le liquide qui remplissait le tube de verre vertical constituait une pression négative contre laquelle devait lutter l'aspiration thoracique, tandis que dans la veine jugulaire comme dans toutes celles qui viennent s'aboucher dans les veines thoraciques, existe au contraire, sauf des cas exceptionnels, une pression positive plus ou moins haute qui provient du *vis a tergo*. Dans ces conditions il suffit donc que l'aspiration thoracique maintienne dans les troncs veineux de la poitrine une pression moindre que celle des veines afférentes pour que le sang se précipite dans ce vide, relatif non plus à la pression atmosphérique, mais à sa propre pression. C'est par conséquent la pression du sang veineux dans les veines voisines de la poitrine et non pas la pression atmosphérique qui doit entrer comme facteur lorsqu'on transporte la question du domaine expérimental dans celui de la circulation veineuse.

§ 2. Le sang arrive au cœur pendant les deux temps de la respiration.

La fausse conception que Barry se faisait de l'aspiration thoracique dont l'action pour lui se trouvait interrompue à chaque expiration l'avait naturellement amené à cette conclusion : *le sang qui coule contre sa propre gravité n'arrive au cœur que pendant l'inspiration.* Il en déduisit toute une théorie de la circulation veineuse qui fut acceptée par Bérard et par beaucoup d'autres physiologistes. Cette théorie n'a jamais été contestée quoique le fait par lui-même, c'est-à-dire l'arrêt ou le reflux du sang, n'ait pas été démontré directement.

Pour Barry et Bérard, il faut que la quantité de sang appelée dans le système veineux thoracique à chaque inspiration suffise pour alimenter le débit du cœur pendant cette inspiration et pendant l'expiration suivante. Pendant le second temps de la respiration, le sang arrivant continuellement des capillaires s'accumule dans les veines voisines du thorax et il constitue la masse qui va fournir à l'appel de l'aspiration thoracique à la prochaine inspiration. Or, les tracés rectilignes que fournit la pression dans la veine jugulaire lorsque la respiration est calme, ne permettent guère d'accepter sans réserve un pareil mécanisme et nous croyons que l'expérience suivante que nous avons répétée plusieurs fois avec les mêmes résultats suffit pour infirmer le fait même sur lequel il s'est fondé, c'est-à-dire l'interruption du cours du sang pendant l'expiration.

Expérience (1) :

Le 5 mai 1873, un chien de taille moyenne est couché sur le dos et fixé dans cette position sur la table d'opérations.

Injection sous-cutanée de 10 centigrammes de morphine en solution.

On met à nu la veine jugulaire gauche près de l'angle de la mâchoire où elle se bifurque en deux branches. La branche interne est dénudée, liée vers son bout périphérique et ouverte de manière à y introduire une sonde métallique qu'on fait pénétrer jusqu'à la partie moyenne du tronc même de la jugulaire. Cette dernière est en outre mise à nu à sa partie inférieure le plus près possible de la poitrine et la sonde mise en communication avec un appareil enregistreur.

En mettant l'appareil en mouvement, on obtient la courbe A B (fig. 3) qui représente les variations de la pression du sang dans la jugulaire.

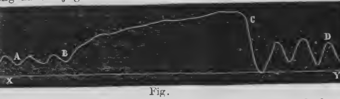


Fig.

Si l'on serre alors entre les mors d'une pince le tronc de la jugulaire à la base du cou, on obtient en B C une élévation graduelle de la courbe qui redescend rapidement aussitôt qu'on cesse la compression.

On comprime enfin la veine pendant l'expiration seulement et on voit que les oscillations C D inscrites dans ces conditions sont plus marquées qu'elles ne l'étaient en A B lorsque le cours du sang était libre.

Le tracé (fig. 3) a été pris lorsque le chien était encore incomplétement endormi, un peu agité et sa respiration s'accompagnait d'un effort abdominal à l'expiration.

Lorsque l'animal est profondément endormi et qu'il respire tranquillement, on reprend un second tracé qui donne la ligne A B (fig. 4) où les oscillations respiratoires sont à peine marquées.

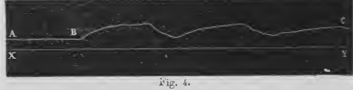


Fig. 4.

A partir de B jusqu'à C, on comprime la veine jugulaire à la base du cou pendant la durée de chaque expiration et chacune de ces compressions se trouve indiquée par une élévation progressive de la courbe qui s'abaisse brusquement au moment où cesse la pression.

Fig. 5. Tracé pris dans les mêmes conditions que celui de la figure 4.

En faisant persister l'obstacle plus longtemps, la courbe poursuit sa marche ascendante, mais moins rapidement que dans le tracé (fig. 3).

Ainsi, lorsque le sang est arrêté dans la veine jugulaire par un obstacle artificiel placé à sa partie inférieure, il s'accumule graduellement dans la veine au-dessus de cet obstacle, ce qu'on peut constater et par l'augmentation de la pression et par la turgescence de la veine. Si, à l'état normal et dans les conditions habituelles de la respiration, on n'observe pas l'un et l'autre de ces phénomènes, c'est qu'il n'existe pas d'obstacle naturel à l'écoulement du sang et que son cours n'est pas interrompu pendant l'expiration.

Quant aux oscillations respiratoires que donne le tracé n° 1, c'est à certaines conditions de la respiration qu'on doit les attribuer. Nous avons eu soin d'indiquer que l'expiration s'accompagnait alors d'un effort abdominal ; dans ces conditions le sang contenu dans le système veineux abdominal est chassé dans la poitrine à chaque effort, c'est-à-dire à chaque expiration, en raison de la compression exercée sur lui par les muscles de l'abdomen et il arrive d'autant plus brusquement dans le système veineux thoracique que l'effort est plus considérable. Il produit alors dans les veines du thorax une pression subite qui force le sang de la veine jugulaire à s'accumuler dans cette veine jusqu'à ce qu'il ait acquis une pression supérieure à celle des veines du thorax.

Mais dans ce cas encore, un obstacle placé sur la veine jugulaire de manière à y arrêter le cours du sang pendant l'expiration seulement, détermine des élévations plus marquées de la courbe ce qui montre que l'abord du sang n'y était pas

(1) Expérience faite dans le laboratoire de M. P. Bert avec la collaboration de M. Jolyet, préparateur à la Faculté des Sciences.

complétement interrompu mais seulement ralenti. Un effort abdominal très-considérable est nécessaire pour produire cette interruption. Les variations de la pression et de la vitesse du sang suivant les modes respiratoires ont été démontrées de la façon la plus nette par M. Marey qui a pu ainsi donner l'explication de certains résultats contradictoires obtenus par différents observateurs.

Nous croyons maintenant suffisamment établi que dans les conditions habituelles de la respiration, le sang veineux s'écoule dans le thorax d'une façon continue; que cependant sa vitesse est accélérée pendant l'inspiration, ralentie pendant l'expiration; et que l'interruption de son cours n'a lieu que sous l'influence de causes passagères qui, comme nous le verrons bientôt, ne sont que les diverses variétés d'efforts abdominaux et thoraciques. (*A suivre*).

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux (1).

Par Henri **DRANSART**, interne des hôpitaux de Paris.

APERÇU HISTORIQUE ET DISCUSSION.

Les travaux publiés sur cette matière ne sont pas nombreux. Nous citerons la thèse de Dureau (1842); celle de Chauveau (1848), de Barbette (1848), de Charbonnier (1856), l'article de Bérard dans le *Dictionnaire en 30 volumes* (T. XXX); les thèses de Devers (1857), d'Aribaud (1861) et de Caron (1868). Ces travaux pour la plupart sont peu importants. Ces auteurs en général n'ont fait que répéter les théories des grands maîtres Chopart, Desault, Civiale, et incomplétement. On peut les classer en deux groupes : ceux qui soutiennent la théorie urineuse, c'est le plus grand nombre; ceux qui la combattent et ici Aribaud est presque seul.

La thèse de M. Charbonnier (1856) nous donne dans toute sa pureté la théorie urineuse. M. Charbonnier du reste ne discute pas la question, il se contente de donner l'état de la science sur ce sujet. Cet auteur admet deux espèces d'abcès urineux : 1° l'abcès urineux succédant immédiatement à une fissure; — 2° l'abcès urineux succédant aux tumeurs urinaires. Quant aux abcès urinaires il en distingue aussi deux variétés : 1° la poche urinaire, — 2° la tumeur urinaire proprement dite.

Cette dernière est formée par des saillies, des nodosités placées sous la peau et adhérentes à la paroi externe de l'urèthre. Elles sont indolentes, dures, sans changement de couleur à la peau. Il y en a deux ou un plus grand nombre; leur volume varie de la grosseur d'un pois à celui d'une noix ; leur accroissement est lent.

Quel est leur mode de formation pour M. Charbonnier? une éraillure de la muqueuse, le passage de l'urine par cette voie et l'induration du tissu cellulaire : voilà la pathogénie de ces tumeurs. M. Charbonnier place le siége de l'éraillure au fond d'un follicule dilaté et hypertrophié.

M. Caron, dont la thèse est plus récente (1868), n'est pas sorti non plus de la théorie urineuse : il fait pour elle plus que M. Charbonnier, il essaye de la prouver par des faits. L'ulcération de la muqueuse et le passage de l'urine font encore tous les frais : l'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire et y produit une tumeur par inflammation et induration de ce tissu. Puis cette tumeur persiste pendant un temps variable, et enfin, une inflammation se déclarant, il y a abcès. En un mot l'enkystement de l'urine est le fait primitif. Témoin, dit M. Caron, l'observation de Leguay.

Leguay est un malade âgé de 46 ans que M. Caron a vu à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Leguay entrait pour un rétrécissement de l'urèthre. A vingt ans il avait eu une blennorrhagie qu'il avait entretenue par des rapports sexuels et il dit avoir constamment remarqué un noyau d'induration vers la racine de la verge à l'endroit où se trouve aujourd'hui l'abcès. L'abcès survint à la suite d'une marche et l'urine a coulé par l'abcès ouvert.

Nous ferons remarquer que l'observation de M. Caron n'est rien moins que concluante pour la thèse qu'il défend. Pour nous, au contraire, elle l'infirme et nous croyons l'observation de Leguay tout au bénéfice de la théorie que nous soutenons.

Pourquoi d'abord y aurait-il eu infiltration urineuse alors qu'il n'y avait certainement pas la moindre gêne dans la miction. C'est donc ailleurs qu'il faut chercher l'origine de cette tumeur urinaire dont le début se perdait dans la mémoire du patient. D'un autre côté Leguay est pour nous le type des blennorrhagiques qui presque forcément seront atteints de tumeur urinaire. La blennorrhagie ici était passée à l'état chronique, elle durait toujours. Le tissu spongieux de ce canal devait s'être modifié certainement d'une manière considérable ; en outre Legay entretenait son affection par le coït et la cause occasionnelle de l'hémorrhagie qui selon nous produit la tumeur urinaire.

Nous n'insisterons pas davantage sur tous les autres travaux écrits sur ce sujet. Nous passons de suite au travail de M. Aribaud. Sa thèse (1861) est le travail le plus sérieux que nous ayons rencontré, les autres thèses, comme il le dit lui-même, ne sont qu'une paraphrase des idées de Chopart et de Desault, et cette partie a été laissée trop de côté par la plupart des spécialistes.

Dans son travail M. Aribaud veut établir : 1° La grande fréquence de l'abcès simple ou circonvoisin, son développement en dehors de toute infiltration urinaire ou transsudation réelle ou hypothétique ; — 2° Son existence presque constante comme lésion primordiale précédant les autres accidents, lesquels paraissent le plus souvent n'en être qu'une complication, contrairement à la tendance que l'on a généralement à rattacher leur production à une infiltration préalable d'urine avec ou sans crevasse. Aussi s'élève-t-il contre la dénomination d'abcès urineux donné à tout abcès qui vient à la suite du rétrécissement. Il trouve qu'on entretient par là une confusion regrettable et propose de les appeler abcès péri-urèthraux.

M. Aribaud établit de prime abord une division des abcès péri-uréthraux, il les divise en deux grandes classes :

1re *classe :* abcès ne se rattachant en rien aux lésions du canal. Leur étiologie n'a rien de spécial.

2e *classe* : abcès survenant à la suite d'un état pathologique quelconque du canal. Cette deuxième classe est subdivisée ainsi qu'il suit : 1° abcès de la blennorrhagie aiguë comprenant les abcès des glandes de Cowper. — 2° abcès consécutifs aux rétrécissements. Ces derniers renferment :

1° des abcès simples, — 2° des abcès urineux.

Les *abcès urineux* sont eux-mêmes divisés en deux classes : 1° abcès urineux par épanchement primitif d'urine ; — 2° abcès urineux par communication ultérieure d'un abcès primitivement simple.

M. Aribaud dans sa thèse étudie spécialement les abcès consécutifs aux rétrécissements. Là seulement il y a matière à discussion, là règne l'hypothèse parce qu'il n'y a point de faits bien observés ou plutôt parce qu'il n'y a pas d'autopsie. Cet auteur s'est donc renfermé dans le même sujet que nous. M. Aribaud, avant d'aborder la discussion sur l'origine des abcès urineux, expose les idées de Chopart et de Civiale à ce sujet.

Pour Chopart il y a trois degrés dans les lésions occasionnées par l'urine dans le cours des rétrécissements de l'urèthre.

Premier degré. — C'est la poche urinaire ou dépôt d'urine qui ne s'abcède pas. — Ce premier degré est complétement à laisser de côté dans le sujet qui nous occupe.

Deuxième degré. — *Infiltration.*—S'il y a une crevasse et si le cours de l'urine est gêné, ce liquide peut s'infiltrer dans les parois mêmes du canal. L'urine y détermine alors la formation d'une ou plusieurs tumeurs dures, indolentes, disposées en chapelet, sans changement de couleur à la peau, qui peuvent rester stationnaires, disparaître, s'abcé-

(1) Voir les nos 1, 2, 4, 8 et 10 du *Progrès médical*.

der et s'ouvrir alors à l'intérieur ou au-dehors et déterminer une fistule.

Troisième degré. — L'urine s'infiltre dans le tissu cellulaire qui s'indure, s'enflamme et s'oppose ainsi aux progrès de l'infiltration. Plus tard la tumeur s'abcède : c'est l'abcès urineux.

Nous verrons plus loin, en suivant la discussion de M. Aribaud sur l'origine des abcès urineux, que Chopart a aussi signalé en outre l'existence d'abcès qui ne dépendaient pas d'une crevasse à la muqueuse et qui donnaient lieu à un écoulement de pus sans mélange d'urine.

Civiale, après avoir décrit les brides du canal qui amènent la rétention, parle des tumeurs situées dans l'épaisseur des parois, des nodosités qui forment le deuxième degré de Chopart : « Ces tumeurs, dit-il, sont l'infiltration, » les abcès, les nodosités, les duretés. Ces derniers résul- » tent fréquemment de la gonorrhée, leur siége est dans le » tissu spongieux, tantôt isolées, tantôt groupées et dispo- » sées en chapelet, ce sont dans le principe de petits en- » gorgements sous-muqueux lymphatiques qui ne produi- » sent d'autre dérangement qu'une diminution du jet. »

M. Aribaud à la suite de cette citation, fait remarquer qu'il semble que Civiale veuille plutôt parler des dépôts plastiques qui constituent le rétrécissement en virole. Mais peu importe et nous continuerons à suivre Civiale qui plus loin ajoute : « Ces sortes d'engorgements changent quelquefois de nature, la matière qui les constitue devient âcre ; par son séjour, elle irrite les parties dans lesquelles elle est déposée, y cause de la douleur ; l'inflammation s'en empare, il survient des dépôts plus ou moins considérables, le pus se fait jour dans le canal de l'urèthre ou se porte à l'extérieur, quelquefois se pratique une ouverture dans l'urèthre, une autre en dehors.

» Ainsi donc, pour Civiale, il existe des abcès autour du canal de l'urèthre dont l'origine est indépendante du passage de l'urine dans l'épaisseur du tissu sous-muqueux. Civiale admet donc des tumeurs et des abcès urineux indépendants du passage de l'urine à travers la muqueuse; mais nous verrons plus loin que le doute existait dans son esprit, aussi se contentait-il de signaler les deux théories.

Après avoir résumé les idées de Chopart et de Civiale M. Aribaud entame la discussion et attaque la théorie urineuse. Je cite cet auteur presque textuellement.

Maintenant, dit-il, faut-il considérer ces tumeurs comme le résultat d'une infiltration d'urine par crevasse ulcérative ? Sont-elles constituées par un véritable petit kyste urineux ? Je ne sache pas que la chose ait jamais été démontrée ; on ne les a ouvertes que lorsque l'inflammation, la suppuration, la communication avec le canal avaient complétement changé la nature primitive.

Y a-t-il dans les conditions qui président à leur développement des raisons qui forcent à leur assigner cette origine ? Ne peut-on se rendre compte de leur existence que par ce mécanisme ? Je ne le pense pas.

On a beaucoup exagéré la distension que supporte le canal en arrière des rétrécissements, ainsi que l'a démontré M. Mercier. Si l'on interroge avec soin les malades pour chercher à se rendre compte de leur développement, on voit que sans accuser de rétention même incomplète bien prononcée, ces malades porteurs de rétrécissement plus ou moins anciens ont à la suite de causes occasionnelles diverses, éprouvé un peu de gêne dans l'émission accompagnée de quelques souffrances ; puis par hasard après quelques jours de malaise, ils se sont aperçus de la présence d'une petite tumeur dure, indolente, qui est restée plus ou moins longtemps stationnaire.

Plus tard à la suite d'un nouvel état de souffrance, cette tumeur a augmenté de volume, est devenue douloureuse pour revenir après à son état primitif, ou bien marcher à la suppuration. Ouverte, elle ne contenait que du pus ou du pus mêlé d'urine, d'emblée ou au bout de quelques jours.

M. Aribaud ajoute : « Je ne ne vois là rien qui dénote la nécessité d'une infiltration ; ne suffit-il pas de l'état inflammatoire dans lequel se trouve le canal aux environs de la contraction pour déterminer un engorgement des tissus sous-jacents analogue à celui qu'on rencontre dans tout autre point de l'économie, au voisinage d'un organe enflammé ou ayant subi une altération pathologique quelconque ? Il faut supposer dans le cas contraire que l'urine une fois infiltrée peut rester des années entières sans déterminer d'irritation bien manifeste dans les tissus au milieu desquels elle s'est épanchée, et de plus que la crevasse qui lui a livré passage s'est refermée le plus souvent, puisque fréquemment l'abcès qui lui succède ne contient que du pus et jamais d'urine à aucune époque.

Que devient cette urine infiltrée dans les cas incontestables de résolution complète de ces tumeurs ? Il est vrai qu'on suppose alors une infiltration infinitésimale pour ainsi dire homœopathique.

Je ne vois point la nécessité d'aller chercher si loin l'explication d'un fait dont l'idée d'engorgement sous-muqueux, plus simple, plus rationnelle et surtout plus conforme à ce qui se passe ailleurs me paraît rendre parfaitement raison. J'ai la conviction (c'est toujours M. Aribaud qui parle) que lorsque la tumeur est assez volumineuse on a affaire à un véritable dépôt urineux, et, dans le cas contraire, de beaucoup le plus fréquent, à un simple engorgement des tissus sous-jacents à la lésion uréthrale.

En un mot, à tant faire *que de préjuger* la nature de ces petites tumeurs la dernière explication me semble la plus plausible.

Voilà comment M. Aribaud comprend le deuxième degré d'infiltration de Chopart.

Notre auteur admet sans conteste le 3[e] degré d'infiltration de Chopart. Ce degré constitue le véritablo abcès urineux, le passage de l'urine est ici manifestement coupable. C'est, en un mot, l'abcès urineux classique. Cependant, même sur ce terrain M. Aribaud fait encors une brèche à la théorie classique. Voici ce qu'il ajoute à la description qu'il vient de faire :

« Il est un autre mode de production de ces abcès ou plutôt une autre espèce d'abcès urineux beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait le croire. Elle a été décrite par Chopart dans le passage que nous avons cité ; depuis lui, bien qu'elle soit en fait admise par tout le monde, c'est à peine si on en parle : Je veux parler de la communication ultérieure d'un abcès primitivement simple avec le canal. Dans ce cas l'urine s'épanche dans une cavité déjà plus ou moins organisée et qui le plus souvent s'oppose à toute infiltration. Abstraction faite des cas de rupture primitive de cause traumatique, je crois que la plus grande majorité des abcès urineux doivent se ranger dans cette dernière classe : c'est ce que je chercherai à démontrer dans un moment.

C'est également de cette façon que doivent se produire les abcès urineux développés en dehors de la blennorrhagie chronique (Obs. 1) ; qu'on les rapporte à un phlegmon simple, idiopathique ou symptomatique, à une cowpérite, ils ne deviennent urineux qu'ultérieurement. »

Je continue à citer presque textuellement le même auteur. Les abcès, dit-il, sont une complication fréquente des rétrécissements.

Ce qui frappe au premier abord, quand on étudie leur histoire, c'est la division de ces abcès en deux classes bien distinctes au point de vue de la marche et du pronostic : 1° Les abcès qui s'accompagnent de la présence de l'urine dans le foyer ; 2° Les abcès qui ne diffèrent en rien de ceux que l'on peut observer dans d'autres points.

Chopart, comme le dit M. Aribaud, avait signalé cette dernière variété ; après avoir tracé l'histoire de l'infiltration urineuse et parlé des abcès urineux, Chopart cite des cas de tumeurs qu'il appelle urinaires, guéries *sans suppuration.* Aussi, dit Chopart dans les abcès du périnée qui surviennent par un embarras de l'urèthre, il ne se trouve *quelquefois que du pus sans urine.* Ces abcès ne dépendent pas d'une crevasse, ils sont l'effet de l'irritation qu'éprouve le tissu cellulaire voisin des duretés, irritation qui est produite par la difficulté du passage de l'urine dans ce conduit, par son

séjour dans le tissu spongieux de l'urèthre. La présence de la bougie augmente quelquefois cette irritation et les progrès de l'abcès.

Gerdy a donné à ces abcès le nom de circonvoisins. Roux, Leroy, (d'Etiolles), Barbette, Civiale, ont signalé ces abcès en les distinguant des abcès urineux proprement dits. Ils en ont également cherché la cause. Pour les uns il s'agissait d'afflux humoral dans le tissu cellulaire qui entoure l'urèthre, ou bien d'un engouement sous-muqueux, ce qui est à peu près la même chose. Pour les autres l'urine était toujours coupable et l'infiltration de ce liquide se faisait ici par un procédé spécial, la *transsudation*. — C'est à cette dernière opinion que se rattache Civiale après avoir signalé la première.

M. Aribaud s'élève contre la dénomination d'abcès urineux. Elle est vicieuse, dit-il, autant que le serait celle d'abcès stercoraux appliquée à tous les abcès de la marge de l'anus. Pourquoi, dit-il, la région de l'urèthre serait-elle dépossédée du privilége de présenter des abcès semblables à ceux de toute autre région du corps ? *(A suivre).*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Ecoles de Médecine de la Province.

I. — Nous apprenons avec plaisir que, suivant en cela l'exemple déjà donné par Marseille, Dijon, Lyon, etc., les professeurs de l'Ecole de médecine de Grenoble viennent de décider à l'unanimité que les places de professeur suppléant seront dorénavant accordées au concours. Le concours, malgré ses imperfections, dépendant surtout de nos mœurs qui nous ont habitués à moins compter sur nous-même et sur notre travail que sur nos relations et notre fortune, le concours — disons-nous — est de beaucoup préférable à la nomination directe, laissée aux mains du directeur d'Ecole et du recteur d'Académie. On conçoit sans peine le rôle que joue alors ce qu'on appelle le savoir-faire et l'intrigue. En admettant même que M. le Directeur et M. le Recteur soient impartiaux, encore faudrait-il démontrer qu'ils sont parfaitement renseignés sur la valeur de tel ou tel candidat.

Il y a quelques années déjà, la Commission administrative des hôpitaux de Grenoble, reconnaissant que le meilleur mode de recrutement pour les médecins et chirurgiens attachés à ces établissements, n'était point celui qui reconnaît pour règles le choix pur et simple de telle ou telle personnalité plus ou moins patronnée, avait établi le concours. Et certes, elle n'a point eu à s'en plaindre ; cette année même, on doit encore y avoir recours, pour la nomination des médecins et chirurgiens appelés à remplacer ceux qui, promus adjoints il y a six ans, passeront de droit titulaires au 1er janvier 1874.

Nous félicitons sincèrement la commission administrative d'être entrée largement dans la voie du concours, — comme l'ont fait d'ailleurs les administrations hospitalières de presque toutes les grandes villes. Nous félicitons aussi les professeurs de l'école de médecine de Grenoble de la décision qu'ils viennent de prendre; elle nous démontre qu'ils ont conscience de leur mission au point de vue de l'enseignement et qu'ils ne considèrent point leur place comme une simple sinécure ou comme un piédestal pour arriver à la clientèle puisqu'ils appellent à eux les plus instruits, c'est-à-dire ceux qui ne demandent qu'au travail et au savoir le droit de remplir un rôle dans la société.

Si, plus au courant des besoins de l'enseignement médical, ceux qui ont pour devoir de veiller à son perfectionnement se décidaient à appliquer le concours à toutes les places qui dépendent de l'Etat ; si, au lieu de laisser se perpétuer dans leurs fonctions des hommes qui ne se rendent pas compte qu'ils ne sont plus que l'ombre de leur propre passé, nos gouvernants posaient en principe la limitation de la durée des fonctions ; si enfin et surtout, ils laissaient les villes qui le réclament et le peuvent créer des facultés nouvelles et indépendantes, nous ne tarderions pas à reconquérir le rang scientifique que notre affaissement nous a fait perdre dans ces vingt dernières années.

II. — Mais, quelque modérées que soient ces tentatives de réforme lesquelles, pas n'est besoin de le dire, sont loin de réaliser notre idéal, nous avons même peu de chance de les voir aboutir. Et ceux qui préfèrent les salons et les antichambres aux salles des hôpitaux, aux laboratoires et aux bibliothèques, ne doivent pas encore désespérer : le règne du savoir-faire et de l'intrigue n'est pas fini. Les pas timides qu'avaient faits en avant quelques écoles de médecine en instituant le concours pour les places de professeur suppléant, paraissent avoir effrayé M. le Ministre de l'instruction publique. Ainsi un concours, pour une place de professeur suppléant de thérapeutique devait s'ouvrir lundi dernier à Lyon. Des motifs, inconnus jusqu'ici, ont décidé l'autorité supérieure à intervenir. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le dernier numéro du *Lyon médical* :

« Le concours pour la place de professeur suppléant de thérapeutique, qui devait avoir lieu lundi, a été renvoyé à huit jours par dépêche ministérielle, reçue par le directeur de l'école dimanche dernier seulement, c'est-à-dire la veille. La dépêche dit que le ministre se réserve le droit de nommer le jury et d'arrêter la nature des épreuves.

« Quelque opinion que l'on puisse avoir sur le programme de ce concours et sur la manière dont le jury sera nommé, on ne peut être surpris de voir ce concours renvoyé à huit jours, sinon à une époque encore plus lointaine, changé, et peut-être supprimé, la veille du jour où il devait avoir lieu. »

Discuter une semblable mesure serait peut-être dangereux, aussi nous contentons-nous de la livrer à l'appréciation du public médical :

Le Choléra.

Loin de s'amender et de se circonscrire, le choléra prend chaque jour une nouvelle extension et fait un plus grand nombre de victimes. De toutes parts nos renseignements signalent une situation déplorable. — Une lettre que nous recevons de M. E. Reclus indique les ravages produits par le fléau en Transylvanie. Le *Moniteur officiel* de la Roumanie publie chaque jour un tableau des cas de choléra, tableau qui montre que l'épidémie occupe une grande partie de ce pays. Une dépêche, insérée dans les journaux politiques, apprend que, à Berlin, on comptait, à la fin de la semaine, une soixantaine de décès par le choléra qui, de plus, a fait son apparition à Stettin et à Tilsit.

D'autre part, l'épidémie continue à Vienne. Le nombre des cas, pendant la semaine qui a fini le 16 août, s'est élevé à 523, et la mortalité qui, auparavant, était de 50 pour 100, a atteint le chiffre de 59 pour 100. En Italie, le choléra persiste, abandonnant certaines localités pour en gagner d'autres. Du côté de nos frontières, Gênes serait la ville la plus voisine où l'on aurait enregistré des décès par le choléra. Les détails que nous trouvons dans divers jour-

naux de médecine nous montrent que le nombre des décès par la diarrhée, la cholérine et le choléra nostras, est plus considérable qu'il ne l'était dans la période correspondante de l'année dernière (Londres, Liége, Bruxelles, Lille et Lyon). Il est donc urgent, nous le répétons, que l'on exerce une surveillance très-active sur l'hygiène publique. La salubrité des maisons particulières mérite aussi de fixer l'attention. Beaucoup de maisons, principalement dans les quartiers populeux, sont si mal tenues, si mal aérées qu'elles constituent en quelque sorte un danger pour tout le monde. C'est souvent dans de semblables conditions que se développent les premiers foyers qui, de là, irradient sur le reste de la Cité. La marche du choléra à Vienne nous fournit des exemples à l'appui de cette opinion. C'est au Conseil d'hygiène à prendre les mesures nécessaires pour obvier aux inconvénients que nous venons d'indiquer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août. — PRÉSIDENCE M. DEPAUL.

M. BERTILLON lit une communication sur de nouvelles recherches qui doivent compléter le travail qu'il a déjà présenté à l'Académie et intitulé : *Etude sur la population Française.* L'auteur a fait pour chacune de ses statistiques des cartes et des tableaux ingénieux. Les teintes noires ou celles qui s'en rapprochent le plus, indiquent la plus grande mortalité. Ainsi, pour la première année de la vie les endroits les plus noirs sont la Seine et les départements circonvoisins, puis le Rhône et les Hautes et Basses-Alpes.

De 1 à 5 ans, on trouve la plus grande mortalité dans les départements qui longent la Méditerranée. De 30 à 40 ans, les pays les plus meurtriers sont la Bretagne, le Puy-de-Dôme. Au-delà de 60 ans on trouve la plus grande mortalité dans la Gironde et les départements environnants, la plus grande vitalité dans la Seine. Dans les départements sub-alpins, la mortalité des femmes est de 10 0/0 plus considérable que celle des hommes, dans le département de Seine, le contraire a lieu.

La plus grande mortalité moyenne à tous les âges a lieu dans les Hautes-Alpes, le Finistère, la Corrèze, la Haute-Vienne. Dans le Morbihan, la mortalité est faible dans la première période de la vie, mais elle devient très-grande dans la seconde; le fait inverse a lieu pour le Rhône. La plus grande vitalité moyenne à tous les âges se trouve dans la Touraine.

Dans la première année de la vie, il meurt à peu près 200 enfants sur 1,000; de 1 à 2 ans, 64; de 5 à 10 ans, 10; de 10 à 15 ans, 5 ou 6. De 20 à 25 ans les chances de mortalité augmentent et reprennent leur progression naturelle à 30 ans.

Dans la première année de la vie, les enfants illégitimes ont une mortalité plus grande que les enfants légitimes. Ceux des villes ont une mortalité un peu plus grande que ceux des campagnes.

Dans le premier mois de la vie, les enfants des campagnes meurent plus que ceux des villes. Il y a égalité pendant le deuxième et le troisième mois. Au quatrième mois la proportion est de douze décès en ville et onze à la campagne, mais après le huitième mois il y a une grande différence en faveur de la campagne.

Dans la première semaine de la vie les enfants légitimes meurent plus que les enfants naturels, pour ceux-ci la plus grande mortalité a lieu dans la deuxième semaine de la vie.

Pour les enfants qui n'ont pas atteints un an, les mois les plus meurtriers sont juillet, août, septembre, les mois les plus favorables sont octobre et novembre. De 1 à 5 ans, le mois le plus meurtrier est dans la Seine celui de mars, dans le reste de la France août, les mois les plus favorables sont encore octobre et novembre. Pour les âges élevés, la mortalité maximum a lieu dans les mois d'hiver.

En France, on n'a pas encore établi le degré de mortalité par profession, mais ce travail a été fait en Angleterre en voici le résultat : Magistrats et prêtres, 6 décès sur 1,000; fermiers 7 ou 8; — petit commerce 9 1/2; — ouvriers en bois, 10; — maçons, ouvriers en métaux, cordonniers, 10 à 1/2; — Aristocratie 11 1/2; — Domestiques, 12 1/2; — médecins, 13 1/2; — marchands de spiritueux, aubergistes, 19.

Le mariage surtout lorsqu'il est fécond a une grande influence sur le crime et le suicide, ainsi que l'indique la statistique suivante qui s'applique aux deux sexes. Le plus grand nombre de criminels et de suicidés se trouvent parmi les célibataires, puis parmi les veufs sans enfants, viennent ensuite toujours en décroissant, les mariés sans enfants, les veufs avec enfants, enfin les mariés avec enfants.

L'auteur a cru devoir soumettre ses travaux à l'Académie, gardienne de la santé publique. Parmi tous les décès qui chaque année se produisent en France, cinquante mille au moins sont dus à des causes que l'on pourrait combattre. Pourquoi certaines provinces sont-elles plus funestes que d'autres à la jeunesse? Pourquoi d'autres, favorables à la jeunesse, sont-elles meurtrières pour les vieillards? Pourquoi enfin dans quelques provinces en Bretagne, dans le Puy-de-Dôme, le Limousin, la mortalité est-elle toujours plus considérable que partout ailleurs? C'est à l'Académie de voir et de chercher s'il n'y a pas un remède efficace, l'orateur l'en adjure au nom de l'humanité et de la science au nom surtout de la Patrie, qui a si grand besoin de tous ses enfants. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 mai. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT

Hypertrophie du cœur, par M. DEBOVE.

M. DEBOVE montre un bel exemple d'hypertrophie du cœur avec lésions avancées de l'orifice aortique. Il insiste sur cette particularité, à savoir qu'il n'existait d'athérome que sur la portion thoracique de l'aorte et que les autres artères étaient à peu près fermés.

Dent de sagesse extraite d'un kyste du maxillaire inférieur, note par M. REMY, interne des hôpitaux; examen histologique par M. LIOUVILLE.

Mlle X..., âgée de 25 ans, a toujours eu une mauvaise dentition avec nombreux abcès dans la bouche; on lui a déjà extrait plusieurs dents, entre autres 4 molaires à droite et en bas lesquelles paraissaient être cause de ces abcès.

Il y a deux ans, elle a vu commencer vers l'angle de la mâchoire inférieure, à droite, une tuméfaction dure; cette tumeur a été en augmentant; si bien que la malade a fini par s'en inquiéter; son médecin lui-même a partagé ses appréhensions et l'a adressée à M. Richet, croyant avoir affaire à une tumeur de la mâchoire. Lorsque la malade est entrée à la salle Saint-Charles voici ce qui a été constaté. Vers l'angle de la mâchoire inférieure à droite, existait une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, indolente et très-dure.

Extérieurement, elle remontait presque jusqu'au condyle et en bas, descendait jusqu'aux attaches du masséter. A première vue, on eût pu penser à une des tumeurs assez fréquentes dans cette région et d'un pronostic comme d'un traitement bien autrement graves que celui de l'affection réelle qui fut diagnostiquée. Mais dans l'intérieur de la bouche, le bord alvéolaire, privé de dents, paraissait aminci; à la place de la dent de sagesse, il y avait une tunéfaction présentant une sorte de pertuis vers le centre.

En introduisant un stylet dans cet orifice, on ne découvrait pas trace de carie ni de séquestre. L'os en ce point était boursoufflé et si on portait le doigt, on sentait bien la tuméfaction et surtout, ce qui est important à noter, l'os fléchissait sous le doigt avec un bruit parcheminé. La malade ne souffrait pas trop; le diagnostic porté fut : *Kyste développé dans l'intérieur du maxillaire inférieur dû à la dent de sagesse incluse.* Pendant son séjour à l'hôpital la malade eut un abcès au niveau de la tumeur il fut ouvert à l'extérieur et donna une suppuration

assez abondante. L'opération qui a été faite avec succès par M. Richet a consisté à extraire cette dent de son kyste de la façon suivante :

Incision semi-circulaire contournant l'angle maxillaire de façon à masquer le plus possible la cicatrice ; en écartant les fibres du masséter, on arrive sur le kyste qui est ouvert largement avec un perforateur le doigt alors est introduit dans le kyste mais ne peut rencontrer la dent, ce qui oblige à perforer la face interne du kyste par le pertuis intérieur.

Grâce à cette seconde ouverture, et avec le davier et la langue de carpe. la dent a pu être retirée intacte. Le pansement a consisté à faire passer par les deux ouvertures, un tube de caoutchouc destiné à laisser écouler le pus et à faciliter les lavages du kyste.

La dent présentait ceci de particulier, c'est que non seulement elle était renfermée dans un kyste à parois tapissées d'une membrane veloutée, mais qu'elle-même était enveloppée complètement par une autre membrane, c'est ce qui explique pourquoi, avant l'opération, le stylet introduit dans le pertuis dont nous avons parlé dans le *iter dentis* ne donnait pas la sensation d'un corps dur. Cette membrane enveloppant la dent, apportée au laboratoire, fut examinée par M. Liouville :

« Elle était formée de deux couches : l'une épithéliale ; l'au-
» tre composée de tissu conjonctif et l'on put distinguer sur-
» tout vers la racine de la dent une membrane tapissée de
» leucocytes. Quelques-uns infiltrés même dans les mailles
» de la membrane. »

C'était là la portion qui correspondait à l'abcès que l'on fut forcé d'ouvrir. — Quelques jours après l'opération, la malade fut prise d'érysipèle qui guérit. Actuellement 19 juin, la malade va très.bien, elle se lève et mange quatre portions, le kyste est presque comblé, néanmoins on continue les lavages.

Dans les derniers mois de l'année 1872, M. Richet a opéré une jeune personne atteinte d'une affection absolument semblable, cette personne habitant la province est revenue se faire voir au moment où la malade dont nous venons de parler était dans la salle quelques jours avant son opération : elle était parfaitement guérie et ne portait presque pas de traces de son affection.

Cyanose ; Rétrécissement de l'artère pulmonaire ; Communication interventriculaire ; — Endocardite végétante ; — Pneumonie caséeuse ; — Mort ; — autopsie, par Ch. H. Petit, interne des hôpitaux.

D... Henriette, âgée de 3 ans 1/2, née à Paris, entrée le 27 mai 1873 dans le service de M. Bouchut, à l'hôpital des enfants. Cet enfant est malade depuis 6 semaines ; elle a eu d'abord une rougeole qui s'est bien passée ; puis, à la suite, elle a été prise d'oppression et de toux ; elle a en outre des envies de vomir non suivies de vomissements ; elle n'a pas de diarrhée. La cyanose qui existe actuellement paraît n'avoir été remarquée qu'au début de ces accidents.

Les parents sont bien portants. Sur 10 enfants, ils en ont perdu 4 : un mort-né, un autre mort très-peu de temps après sa naissance ; le troisième est mort de scarlatine, et le quatrième de rougeole.

En examinant l'enfant, à la visite du soir, je fus frappé tout d'abord par une faible teinte cyanique de la face, et par la coloration violacée des lèvres et du bout des doigts. Ceux-ci étaient légèrement renflés en massue à leur extrémité ; il en était de même des orteils ; cette déformation était surtout marquée aux pouces et aux gros orteils, dont les ongles offraient une courbure hippocratique très-accentuée.

L'enfant était d'apparence chétive, maigre, et dans un état d'affaissement assez prononcé. La respiration était un peu accélérée, sans dyspnée : la peau modérément chaude ; le pouls assez fort et d'une fréquence moyenne. — Le ventre était aplati, souple, indolent.

A l'auscultation de la poitrine, on entendait, des deux côtés, des râles crépitants et sous-crépitants nombreux, assez gros, sans souffle.

A la région précordiale, on percevait deux bruits de souffle, tous deux au premier temps. Le premier, qui s'entendait à la base, était rude et avait son maximum à la partie interne du second espace intercostal gauche. Le second, qui existait dans la région de la pointe, était doux et notablement plus faible que le précédent.

La cyanose, la déformation des doigts, et les phénomènes stéthoscopiques que je constatais du côté du cœur, me firent penser qu'il y avait probablement quelque malformation de cet organe, et que l'affection pulmonaire ne jouait qu'un rôle secondaire dans la maladie.

Malgré les râles nombreux qui existaient dans la poitrine, je ne crus pas devoir faire vomir l'enfant, en raison de sa faiblesse, de l'absence de dyspnée, et de l'idée d'une affection cardiaque qui m'expliquait la cyanose. Je le fis sinapiser et recommandai de lui donner du vin pour relever ses forces.

L'enfant succomba dans la nuit, à deux heures du matin. La mort paraît être survenue assez brusquement, car la petite malade avait encore parlé très-distinctement à la veilleuse, un quart d'heure avant que celle-ci, repassant près de son berceau, s'aperçut qu'elle était morte.

Autopsie, faite le 29 mai. *Cavité thoracique.* — Le *péricarde* contenait une assez grande quantité de sérosité citrine, et sa capacité était assez considérable relativement au volume du cœur. Celui-ci, fortement contracté, ne présentait rien de particulier comme aspect ni comme conformation extérieure,

L'*artère pulmonaire* et la paroi antérieure du ventricule droit sont fendues sur la sonde cannelée. L'artère contient un caillot cruorique noirâtre, demi-fluide ; le ventricule, revenu snr lui-même, est presque absolument vide de sang. L'artère pulmonaire est d'un calibre notablement inférieur à celui qu'elle devrait avoir normalement ; quand on la compare à l'aorte, fendue comme elle suivant sa longueur et étalée, la différence des circonférences des deux vaisseaux frappe au premier coup d'œil. — Il n'existe à son origine que deux valvules sigmoïdes occupant chacune une moitié de son pourtour ; ces valvules sont bien conformées, saines, et paraissent suffisantes. — A un centimètre environ au-dessus d'elles, l'infundibulum pulmonaire est le siége d'un rétrécissement fibreux annulaire, dont la circonférence, constituée par un bord mince, ne mesure guère qu'un centimètre. Cette coarctation occupe la partie gauche de l'infundibulum ; sur le même plan qu'elle, des adhérences entre les extrémités supérieures des colonnes charnues avoisinantes cloisonnent transversalement, et d'une manière complète, la partie droite de ce canal. La portion d'infundibulum située immédiatement au-dessus de cette cloison forme ainsi une sorte de cul-de-sac, que comble en partie une végétation rougeâtre, à surface grenue du volume d'une lentille. Cette végétation adhère solidement aux points corespondants du pourtour du rétrécissement, un peu au-dessus de son orifice ; une autre production semblable, grosse comme une tête d'épingle, est implantée un peu plus loin sur le bord même de cet orifice, et contribue par sa saillie à en diminuer encore l'étendue. L'anneau fibreux qui constitue le rétrécissement est formé par l'endocarde épaissi, dur et blanchâtre. Dans une petite étendue au-dessus, et dans une étendue plus considérable au-dessous, ainsi qu'en plusieurs points de la surface des colonnes charnues, la membrane interne du cœur présente à un moindre degré les mêmes altérations.

La *valvulve tricuspide* est boursoufflée, inégale et d'un rouge assez vif, sur presque tout son bord libre, et, en quelques points, dans une partie de sa hauteur. Une végétation rosée, mûriforme, du volume d'une petite lentille, fait saillie à sa face interne, et lui adhère intimement par un pédicule assez large, au niveau des insertions d'un groupe de cordages tendineux.

Le *canal artériel* est oblitéré dans la majeure partie de son étendue par un caillot rose pâle, très adhérent ; à la paroi interne de l'artère pulmonaire, un petit point déprimé est la seule trace qui reste de son embouchure ; du côté de l'aorte, il est encore perméable dans une longueur de quelques millimètres.

L'*aorte* est saine et bien conformée ; ses valvules sigmoïdes paraissent avoir leur bord adhérent et leurs nodules d'Arantius un peu plus épais qu'à l'état normal. Elle s'abouche à la fois avec les deux ventricules, et son orifice est en quelque sorte à cheval sur la cloison interventriculaire. Celle-ci est incomplète à sa partie supérieure dans une hauteur de près

de 1 centimètre ; elle se termine là par un bord arrondi, épais de 3 à 4 millimètres, qui présente à sa surface, du côté du ventricule gauche, une bande blanchâtre constituée par l'endocarde épaissi et induré. La communication anormale que cet arrêt de développement établit entre les ventricules, admet assez facilement la pulpe du petit doigt. Des trois valvules sigmoïdes de l'aorte, l'une s'insère sur la paroi antéro-interne du ventricule droit, l'autre sur la paroi antéro-externe du ventricule gauche, et la troisième sur la partie de la paroi postérieure du cœur, commune aux deux ventricules, qui limite en arrière l'orifice anormal.

La *valvule mitrale* présente, comme la tricuspide, des épaississements de son bord libre, mais bien moins marqués et bien moins étendus ; quelques petits filaments fibrineux sont intriqués dans ses cordages tendineux. L'endocarde du ventricule gauche ne diffère pas sensiblement de l'état normal.

La paroi du *ventricule droit* et celle du ventricule gauche sont à peu près d'égale épaisseur. La consistance et la coloration du tissu du cou paraissent tout à fait normales.

Les deux *plèvres* sont fortement injectées ; elles ne présentent pas de tubercules. Il existe quelques adhérences peu résistantes à la partie postérieure du poumon droit et au sommet du poumon gauche.

Le *poumon droit* offre en plusieurs points de son étendue, particulièrement vers ses bords tranchants, des noyaux de pneumonie caséeuse, dont quelques-uns sont en pleine suppuration et converties en cavernules. Une excavation très-superficielle, du volume d'une grosse noisette, existe à la partie postéro-inférieure du lobe supérieur ; c'est à son niveau que s'étaient établies les adhérences pleurales.

Du côté du *poumon gauche*, on constate à un degré bien plus avancé des lésions de même nature. Le sommet est le siége d'une induration caséeuse du volume d'une noix ; au-dessous et en avant de cette masse, on trouve une caverne séparée de la plèvre par une mince lame de poumon, capable de loger une petite pomme d'api, et remplie de pus et de détritus putrilagnieux. La partie inférieure du lobe supérieur a un aspect jaune rosé et une consistance mollasse, semi-fluctuante ; à la coupe, le tissu y est très-friable, et la pression en fait sourdre en abondance un pus jaunâtre. Le lobe inférieur présente également des points de pneumonie caséeuse et un certain nombre de petites excavations. — On ne constate à l'œil nu aucune granulation tuberculeuse, soit à la surface des poumons, soit dans l'épaisseur de leur parenchyme.

Cavité abdominale. — Le *foie* est d'une teinte rouge-brun foncé uniforme, d'un volume et d'une consistance ordinaires ; il s'en échappe à la coupe une grande quantité de sang noir. — Les *reins* sont fermes, d'un volume normal, et fortement congestionnés. — Rien de particulier à noter du côté de la *rate*. — En aucun point du *péritoine*, on ne rencontre de granulations tuberculeuses.

CHIMIE MÉDICALE ET LÉGALE

I. — Caractères servant à déterminer les éléments constituants du sang dans les taches. (*Répertoire de Pharmacie*, — 10 juillet 1873.) Extrait d'une instruction rédigée par une commission composée de MM. Mialhe, Mayet, Lefort et Corail, rapporteur.

Il n'est plus possible aujourd'hui de se contenter dans l'examen des taches de sang en médecine légale, des caractères physiques constatés à l'œil nu. Le microscope, seul parfois, le plus souvent associé à l'analyse chimique et la spectroscopie, permet d'arriver avec certitude à un diagnostic autrefois impossible dans un grand nombre de cas.

Deux cas peuvent se présenter :

I. La tache est de date récente ou supposée telle : l'examen doit alors porter surtout sur les globules rouges, et toutes les précautions seront prises pour les conserver sans altération ; on devra, recommandation capitale, éviter le lavage des taches à l'eau : les hématies en seraient altérées. Sans insister sur leurs caractères microscopiques, isolés ou comparés à ceux des divers animaux, chacun les connait, nous notons le soin que la commission apporte à l'énumération des liquides destructeurs ou conservateurs des globules du sang. Parmi les premiers : l'eau et surtout l'eau chaude ; les acides acétique, gallique, chlorhydrique, sulfurique, les alcalis, la potasse, la soude, même en solutions faibles, l'éther, le chloroforme, et beaucoup d'autres réactifs altèrent les globules au point de les faire disparaître. L'alcool, les acides chromique, picrique ; le bichromate de potasse, conservent les globules tout en altérant leur forme.

Les liquides conservateurs sont ceux dont la composition se rapproche le plus du sérum. Tels sont : le sérum iodé de Schultze, excellente préparation que l'on fait avec l'eau de l'amnios à laquelle on ajoute quelques gouttes de teinture d'iode, de manière à lui donner la couleur du vin blanc ; ou bien un liquide composé ainsi : blanc d'œuf, 30 grammes ; eau distillée, 270 grammes et 40 centigrammes de chlorure de sodium ; soit encore un liquide composé avec un demi pour cent de chlorure de sodium ou 5 à 6 pour cent de sulfate de soude.

Les écailles de sang, les taches seront imbibées et ramollies par ces liquides, puis examinés, et la présence des globules rouges, blancs et de la fibrine pourra être constatée.

II. Dans les cas plus difficiles, et plus fréquents où le microscope ne pourra donner, grâce à l'altération que le temps aura fait subir aux hématies, que de vagues renseignements, l'examen spectroscopique et l'analyse chimique permettent d'arriver à des résultats précis. L'emploi de ces procédés moins bien connus, et aussi plus délicats, mérite une étude spéciale.

1° *Analyse spectrale.* — Les matières colorantes ont la propriété d'absorber certaines irradiations colorées de la lumière blanche, toujours les mêmes pour une même substance : tel est le principe sur lequel est basé l'examen au spectroscope. Si l'on introduit dans un tube à analyse rempli d'eau quelques gouttes d'une solution d'hémoglobine jusqu'à obtenir un liquide de couleur fleur de pêcher, les rayons lumineux du spectre passant à travers ce liquide présentent deux bandes d'absorption entre les lignes D et E de Fraünhofer, dans le jaune et le vert. Le même fait sera observé, si l'on substitue à l'hémoglobine quelques gouttes du sang à analyser.

En cas de doute, on réduirait l'hémoglobine du sang en ajoutant à ce dernier un corps réducteur ; l'hémoglobine détruite possède un spectre différent de l'hémoglobine oxygénée : une seule bande d'absorption égale en largeur aux deux précédentes réunies, et un peu à gauche de la ligne D de Fraünhofer la caractérise.

2° Cristaux de chlorhydrate d'hématine. — Dans le sang en décomposition ou lorsqu'on traite cette humeur par les acides ou alcalis caustiques, l'hémoglobine se dédouble en une nouvelle substance, l'hématine se forme qui, combinée avec l'acide chlorhydrique donne des cristaux caractéristiques.

Pour les obtenir on procède ainsi : un petit fragment de sang desséché est placé sur une lame de verre porte-objet, on le dissout dans une goutte d'eau, et l'on ajoute un tout petit fragment de sel marin. On recouvre d'une lame mince ; on fait passer de l'acide acétique pur entre les deux lames, et l'on chauffe au-dessus d'une lampe à alcool jusqu'à l'ébullition.

On ajoute encore de l'acide acétique, on chauffe de nouveau, et l'on répète l'expérience jusqu'à ce qu'on ait obtenu des cristaux. Ils sont rhomboïdaux, d'une couleur brune sale, tout-à-fait caractéristique, et nécessitent, pour être vus nettement, un grossissement de 300 à 400 diamètres.

Avec des quantités minimes de sang l'on peut toujours produire ces deux réactions : l'examen spectral, et les cristaux de chlorhydrate d'hématine ; et leur fidélité est telle que l'existence d'une seule permet d'affirmer la présence du sang.

3° Le troisième procédé, bien que ne présentant pas autant de certitude que les précédents, ne doit cependant pas être négligé.

Si à une très-petite quantité de sang dissoute dans un peu d'eau on ajoute quelques gouttes de teinture de gaïac, et du bioxyde d'hydrogène, il se développe aussitôt une coloration bleue persistante. Mais cette réaction très-sensible peut être obtenue de même avec d'autres matières organiques, mucus

nasal, salive, etc.; aussi ne fournit-elle qu'une probabilité. On procède de la façon suivante : on prépare une teinture de gaïac avec de l'alcool à 83° et de la résine de gaïac. D'autre part on fait un mélange d'éther sulfurique et de bioxyde d'hydrogène que l'on renferme dans un flacon bouché conservé sous l'eau à l'abri de la lumière; ce mélange est moins altérable que l'eau oxygénée pure. L'objet taché de sang, s'il est blanc, est mis dans une petite capsule, puis imbibé d'eau pour dissoudre la tache, et lavé à l'eau distillée; le liquide provenant de ces lavages est ensuite soumis à l'action des réactifs.

Si le tissu est coloré, la tache peu ou point visible, on mouille le tissu; puis on presse deux ou trois feuilles de papier buvard blanc, essayé au préalable par le gaïac, sur la partie supposée tachée; s'il y a du sang, une tache rougeâtre ou brune se formera sur le papier. L'une des feuilles sera traitée par l'ammoniaque et sous son influence la tache prendra une teinte cramoisie ou verte. Uue deuxième, essayée avec la teinture de gaïac et l'éther ozonisé, donnera une coloration bleue plus ou moins intense, selon la quantité de sang. En résumé : 1° Si les taches ou écailles de sang paraissent récentes on doit, après les précautions nécessaires, examiner les globules au microscope, en constater la présence, le diamètre, etc., qui pourra même donner des renseignemeuts sur la provenance du sang (humain ou animal). 2° Si les taches sont anciennes et le sang altéré, la réaction avec la teinture de gaïac viendra donner des probabilités; mais l'on ne pourra affirmer la présence du sang qu'au moyen de l'examen spectral ou par la production des cristaux de chlorhydrate d'hématine; l'un des deux suffira. Inutile d'ajouter que ces réactions ne peuvent nous indiquer si le sang provient de l'homme ou d'un animal.

II. De l'action du protoxyde d'azote.

MM. F. Jolyet et T. Blanche ont adressé récemment à l'Académie de médecine une note de laquelle il résulte que le protoxyde d'azote n'est pas un anesthésique véritable et ne produit l'insensibilité qu'en amenant l'asphyxie. Des moineaux placés comparativement sous des cloches renfermant, les unes de l'air, les autres un mélange de 18 à 20 d'oxygène pour 78 à 80 de protoxyde d'azote, sont morts dans le même espace de temps, après avoir épuisé la même quantité d'oxygène et fourni même quantité d'acide carbonique. Ils ont fait respirer pendant 15 à 20 minutes un semblable mélange à des chiens sans qu'ils aient présenté la moindre insensibilité. (*Gazette hebdomadaire,* 18 juillet.)

III. Analyse comparative de la substance grise et de la substance blanche du cerveau, par PETROWSKI, de Saint-Pétersbourg (*Gazette médicale*, 2 août 1873. Extrait de *Plugers, archiv.*, VII).

Ces analyses ont été faites avec des cerveaux de bœuf et ont donné, pour cent parties :

	Substance grise.	Substance blanche.
Eau	81.604	68.350
Matières solides sèches	18.395	31.649
100 grammes de matières solides sèches.		
Matières albuminoïdes et glutine	55.37	24.72
Cholestérine et graisses	18.68	51.90
Lécithine	17.24	9.90
Cérébrine	0.53	9.54
Matière insoluble dans l'éther	6.71	3.34
Sels	1.45	0.57

On doit remarquer surtout dans cette analyse la forte proportion d'urée dans la substance grise; la quantité beaucoup plus grande de cholestérine dans la substance blanche, etc.

IV. Un nouveau réactif de l'alcool, par BERTHELOT. (*Revue médicale* de Toulouse. — Août 1872.)

La recherche de l'alcool dans les liquides organiques, est le plus souvent d'une extrême difficulté provenant de la petite quantité de liquide que le chimiste a à sa disposition, et l'absence de réactif spécial à ce corps.

On doit à M. Berthelot une réaction sensible et tout à fait caractéristique. En présence de l'eau froide et tiède, le chlorure benzoïque $C^{14} H^5 Cl. O^2$, ne se décompose que fort lentement. Vient-on à ajouter de l'alcool à ce liquide, aussitôt de l'éther benzoïque est formé et se précipite dans le chlorure en excès; la présence de cet éther devient manifeste si l'on chauffe quelques gouttes de la liqueur avec une solution de potasse caustique; le chlorure seul est dissous, l'éther reste intact. Cette réaction est très-sensible avec un liquide contenant un pour cent d'alcool, et permet de n'avoir pas recours à la distillation. G. H.

CORRESPONDANCE

Le Choléra en Transylvanie.

Le choléra, dans la région des Carpathes, est un fléau beaucoup plus sérieux que les réticences des journaux autrichiens ne nous porteraient à le croire. Dans la petite Valachie, — notamment à Craiova, — la maladie a pris des proportions terribles et les rues entières de plusieurs villes ont été dépeuplées. Toute la région de la plaine Valaque serait plus que décimée par le choléra si nous devions en croire les récits des voyageurs et des commerçants nomades avec lesquels nous avons eu l'occasion de parler. Mais quoiqu'il en soit de ces affirmations relatives à la Roumanie il est bien certain — et nous l'avons constaté *de visu,* que dans la Transylvanie, l'épidémie a pris des proportions effrayantes. Là, le choléra a pénétré jusque dans les hautes vallées des montagnes. C'est ainsi que dans la ville transylvaine du Petroseny, située dans la vallée de la Sil, les populations minières, composées de 7000 personnes, ont perdu, pendant plusieurs semaines, environ 15 individus par jour, et cependant la ville est située à 700 mètres d'élévation, parcourue par des torrents de montagne et exposée librement aux vents froids du Nord-Est.

En Transylvanie même, aux environs du Kolosvar, s'élève une montagne de 450 mètres d'altitude, portant au sommet le village de Flek dont les maisons sont dispersées et entourées d'arbres et de prairies; la population de ce village était d'environ 400 habitants. Depuis près de deux mois la mortalité a été de 2, 3 et 4 personnes par jour; des maisons sont absolument vides d'habitants et l'on peut craindre que la maladie ne disparaisse que faute de vies humaines.

Citons encore un autre exemple celui d'un village situé dans la région des montagnes et ravagé par le choléra. Ce village est celui de Tupsa, dans la haute vallée de l'Aranios. Il se compose de plusieurs groupes de maisons éloignées les unes des autres; cinq de ces groupes n'ont point été atteints par le fléau, le plus important situé sur la grande route, au bord de la rivière, avait déjà perdu, à la fin du mois de juillet, 78 de ses habitants sur une population totale d'environ 350. Le cimetière était rempli de croix neuves qui épouvantaient le voyageur et lui faisaient hâter le pas. Les drapeaux blancs qui flottaient sur des mats, au-dessus des fosses où sont enterrés les jeunes hommes, sont fort nombreux dans presque tous les cimetières des villages transylvains. En certains endroits l'église est entièrement entourée de ces gais pavillons qui lui donnent un air de fête.

Quelques villes de l'intérieur de la Transylvanie ont été épargnées, mais dans la plupart la maladie a été fort grave. A Kolosvar, ville dont la population normale est de 26,000 habitants, mais que l'émigration des bourgeois aisés a rendu beaucoup moins populeuse, la mortalité est en moyenne de 15 personnes par jour et l'on a remarqué que le lundi, jour qui suit le repos, les prières et les libations du dimanche, il y a toujours une recrudescence considérable du choléra. Il faut dire aussi que la ville, quoique entourée et en divers endroits même remplie de jardins, est cependant fort mal tenue; les rigoles sont pleines de boue, de matières infectes et l'édilité n'a trouvé d'autres préservatifs que d'ordonner l'étalement de ces boues sur la place et dans les rues.

Dans beaucoup de villes, à Déva, Hatzeg, Vaida-Huuyad, on a défendu l'introduction des fruits même mûrs, de sorte que les habitants de la campagne, certains de ne pouvoir vendre ces denrées, les mangent ou les laissent dévorer par les petits Tsiganes avant l'époque de la maturité. Il est à remarquer du

reste, si l'on doit en croire les appréciations des habitants, que ces bohémiens errants échappent à la maladie, malgré leur genre de vie et leur nourriture. Il est vrai que vivant surtout en plein air ils se trouvent dans des conditions tout à fait différentes de celles des autres transylvains.

Il semble positif que les pauvres sont les plus frappés. Un juif de Petroseni nous disait d'un ton capable que « l'intelligence n'avait rien à craindre. » Les Roumains étant les plus misérables sont ceux qui ont de beaucoup le plus souffert. Les deux dernières années ont été des années de disette; l'année actuelle s'annonce aussi sous les plus funestes auspices, car le soleil a brûlé les champs de maïs et l'on craint pour l'hiver une véritable famine, triste continuation des horreurs du choléra! D'ailleurs c'est avec un fatalisme digne de musulmans que ces gens attendent la mort. « Si le bon Dieu veut que nous mourions eh bien, nous mourrons, disent-ils! »

Les renseignements authentiques nous font défaut pour la Hongrie, mais il est évident que la maladie n'y a point pris le caractère terrible qu'elle a dans certaines villes transylvaines. Quelques cités, Temesvar, Arad, Csaba ont été fort éprouvées; d'autres, situées dans la même plaine et se trouvant en apparence dans des conditions absolument semblables, ont été complétement épargnées. Nous citerons entr'autres la ville de Radna-lippa, sur les bords de la Maros. A Pesth-Bude le nombre des cas officiellement enregistrés est d'une centaine par jour.

On peut dire que Pesth est, vers l'Occident, le foyer avancé de l'infection, car, en remontant le Danube, l'épidémie perd son caractère de gravité et nous savons qu'à Vienne dont la population normale et flottante est d'environ un million d'habitants, le nombre des cas journaliers ne dépasse pas non plus la centaine. Là aussi la maladie est seulement localisée dans les quartiers impurs. On cite une maison où 17 personnes moururent dans une nuit et qui se trouvait dans un indicible état de malpropreté! Elisée RECLUS.

BIBLIOGRAPHIE

De la thrombose cardiaque dans la diphthérie, par le docteur BEVERLEY, ex-interne des hôpitaux; brochure in-8° de 116 pages. — Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

Il n'est pas rare de trouver des caillots dans le cœur des sujets dont on fait l'autopsie dans les hôpitaux; c'est même un fait d'observation fréquente, journalière. Ce qui est plus rare, c'est de rencontrer des caillots cardiaques adhérents, résistants, d'une assez grande consistance, très-évidemment formés, quelque temps avant la mort.

Ces concrétions avaient été à peine signalées dans la diphthérie; les divers auteurs français n'en font aucune mention, et c'est seulement à l'étranger, dans les ouvrages de Reynolds, de Meigs, que cette lacune a été comblée, en partie du moins.

Et cependant ce fait est loin d'être rare; d'après Beverley, c'est une complication assez fréquente, et qu'il est utile de distinguer, de reconnaître, de diagnostiquer pendant la vie. On sait combien les signes donnés par les auteurs sont peu satisfaisants pour permettre de reconnaître pendant la vie les concrétions fibrineuses du cœur. M. Beverley analyse avec soin les diverses observations qu'il a recueillies et essaie d'en tirer quelque lumière pour le diagnostic. Il se fonde sur les signes généraux et locaux dont l'ensemble peut donner une grande probabilité pour faire connaître le véritable caractère de l'affection à laquelle on a affaire. Ces signes sont, pour les premiers, le refroidissement des extrémités, la pâleur de la face, l'état de prostration, l'anxiété, l'agitation, le pouls faible et la dyspnée particulière. Les signes locaux sont, quant au cœur, les battements sourds, voilés, affaiblis, quant aux poumons, l'emphysème.

Ce diagnostic, bien difficile malheureusement, aurait de l'importance au double point de vue du pronostic et du traitement, puisque d'une part l'existence des concrétions dans le cours de la diphthérie rend la terminaison fatale, presque certaine, et que d'autre part elle rend inutile, au moins dans quelques cas, l'opération de la trachéotomie.

Des observations bien prises, bien détaillées, complètent ce travail consciencieux, dont on peut ainsi donner les principales conclusions:

1° Les coagulums fibrineux, élastiques, entortillés entre les valvules, ou qui adhèrent intimement aux parois du cœur, se forment avant la mort.

2° Ils se développent souvent en dehors de l'agonie chez les enfants qui sont loin d'être arrivés à l'extrême faiblesse, car on les a reconnus plusieurs fois quand l'enfant paraissait en pleine convalescence, alors que tout faisait prévoir une guérison prochaine.

3° Les caillots polypiformes sont fréquemment la cause prochaine de l'état très-grave dans lequel se trouve le malade et non le résultat de cet état lui-même.

4° La mort peut survenir d'une manière subite, immédiatement après le début des accidents, ou bien après un état d'anxiété, d'angoisse, plus ou moins long. G. PELTIER.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. Du 9 au 15 août. 841 décès, soit 119 de plus que la semaine précédente. Rougeole, 21; — fièvre typhoïde, 12; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 23; — pneumonie, 35; — *dyssenterie*, 5; — *diarrhée cholériforme des enfants*. 58; — *choléra nostras*, 3; — angine couenneuse, 7; — croup, 15; — affections puerpérales, 2.

LYON. « Toujours beaucoup de diarrhées et de dyssenteries; le nombre des cholérines est aussi très-élevé et deux décès sont survenus par le choléra. Rien ne donne à penser, ajoute le *Lyon médical,* que cette dernière affection tende à devenir épidémique chez nous. Du 28 juillet au 10 août, 458 décès, soit 133 de plus que durant la même période en 1872. Dyssentérie, 21; — *diarrhée*, 95; — *cholérine*, 35; — *choléra*, 2. »

LILLE (158,117 habitants). Du 16 au 31 juillet, 181 décès. Diarrhée et entérite, 50; — cholérine, 8.

BRUXELLES (185,000 habitants). Du 3 au 9 août, 109 décès. Diarrhée et entérite, 39.

LONDRES. (3,356,073 habitants) Du 3 au 9 août, 1711 décès. Dyssenterie, 4; — diarrhée, 470; — choléra nostras, 16.

CHOLÉRA. — *Prusse*. — La *Gazette de la Croix* annonce que le choléra a envahi *Stettin* et *Tilsitt*.

Bavière. — Par suite de l'existence du choléra à *Munich* la session du parlement a été ajournée.

Autriche. — Nous empruntons au *Wiener medizinische Wochenschrift* les renseignements suivants, sur le choléra à Vienne, du 6 au 13 août. Le nombre des cas observés jour par jour, soit dans les hôpitaux, soit en ville se répartit comme il suit: Du 6 au 7 août 81 cas; Du 7 au 8 — 59 cas; Du 9 au 10, — 85 cas; Du 10 au 11 — 69; Du 11 au 12, — 83; du 12 au 13, — 62. Total: 523 cas pour la semaine entière. La mortalité qui jusqu'alors avait été de 50 0/0 s'est élevé à 59 0/0. Trois foyers d'épidémie ont largement consitué à élever ces chiffres, ce qui démontre l'importance qu'il y a de combattre, dès le début par tous les moyens connus, la maladie dans ses foyers d'infection, d'où elle ne tarde pas à irradier dans toutes les directions.

Roumanie. — D'après le *Moniteur officiel* du 13 août il y a eu du 27 au 28 juillet (8 au 9 août, de notre calandrier) 423 cas de choléra, qui se répartissent ainsi; 52 décès, 101 guérisons; 270 cas en traitement; — Du 29 au 30 juillet, (9 au 10 août), pour d'autres provinces, 170 cas dont 40 décès 28 guérisons, 102 cas eu traitement.

Belgique. — D'après la statistique des causes de décès de la ville de *Liége*, publiée par le *Scalpel*, il y aurait eu dans cette ville du 28 juillet au 3 août, sept cas de choléra et douze du 4 au 11 août. Il s'agit probablement de la cholérine et du choléra nostras.

Etats-Unis d'Amérique. — Le choléra paraît avoir disparu de Cincinnati. Il aurait également cessé dans les Etats d'Indiana, du Tennessee et du Missouri (*The Clinic.*, 2 août).

Italie. La marche du choléra reste toujours la même. La maladie paraît toujours limitée à la Vénétie, à la province de Trévise et de Parme.

L'Imparziale mentionne deux cas de choléra à Milan; mais il s'agirait là, d'après le bulletin officiel, de deux cas de choléra sporadique.

Italie. — L'*Egalité* de Marseille annonce que certains cas de choléra s'étant produits à *Gênes* l'intendance sanitaire vient d'imposer cinq jours de quarantaine aux navires de provenance génoise.

Angleterre. *The Lancet* assure que, jusqu'au 15 août, on n'a signalé aucun nouveau cas de choléra asiatique en Angleterre.

NÉCROLOGIE. — On nous annonce la mort, dans de pénibles circonstances, du docteur *Stopin*. Notre confrère était arrivé après beaucoup de travail à la situation qu'il occupait comme accoucheur. D'abord instituteur, puis élève de l'Ecole d'Alfort, il était enfin parvenu à se faire recevoir médecin en 1869.

Association française pour l'avancement des sciences. — La deuxième session de l'association française pour l'avancement des sciences s'ouvrira à Lyon le 21 août 1873. Comme celle de Bordeaux, elle se compose : 1° De séances générales ; — 2° De séances de sections ou de groupes ; — 3° D'excursions scientifiques ; — 4° De conférences publiques.

Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme suivant : jeudi 21 août, trois heures du soir : séance d'inauguration. — Vendredi 22 août, trois heures du soir : séance générale. — Samedi 23 août, trois heures du soir ; séance de sections. — Dimanche 24 août, trois heures du soir : première excusion à la Voulte (Ardèche).

Lundi 25 août, matin : séances de sections. — Lundi 25 août, trois heures du soir : séance générale. — Lundi 25 août, huit heures du soir : conférence publique. — Mardi 26 août, huit heures du matin : deuxième excursion à Solubré (Saône-et-Loire). — Mercredi 27 août, trois heures du soir : assemblée générale. — Jeudi 28 août, matin : séance de sections. — Jeudi 28 août, trois heures du soir : séance de clôture. — Jeudi 28 août, huit heures du soir : conférence publique. — Le vendredi 29 août, aura lieu une troisième excursion dans le bassin houiller et industriel de la Loire.

Le Congrès de géologie se tient cette année à Roanne (Loire), au mois de septembre. Les membres de l'association française pourront y assister à la suite de la troisième excursion.

Au nombre des orateurs déjà inscrits pour faire des communications à la section des sciences médicales, nous remarquons les noms de MM. le Dr Azam, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Bordeaux, (du pansement des amputés); Dr G. Eustache, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier (fonctionnement de la médecine dans certaines stations thermales du Midi de la France); Dr A. Favre, de Lyon (réforme des employés de chemins de fer affectés de daltonisme); Dr Feltz, professeur à l'école de médecine de Lyon (comparaison du pied et de la main basée sur l'homologie du pouce avec les deux derniers orteils); Dr Laborde (études expérimentales sur la septicémie); Dr Leudet, directeur de l'école de médecine de Rouen (utilité de la physiologie pathologique démontrée par l'étude de la névralgie sciatique).

Pour tous renseignements relatifs au congrès de Lyon, on peut s'adresser à l'une des adresses suivantes : Lyon, M. le docteur Hortel, secrétaire du comité local, au palais Saint-Pierre ; Paris M. C. M. Gariel, secrétaire, 70, rue de Rennes.

— Le *Lyon médical*, du 17 août, nous donne de nouveaux renseignements sur la session de l'*Association française pour l'avancement des sciences* qui a commencé le jeudi 21 août. Le 23 août aura lieu une excursion anthropologique, à Solutré près de Mâcon. Au dimanche 24 août est fixée une excursion sur le plateau Bressan, dont le but est l'étude d'une partie du terrain glaciaire alpin, qui recouvre le plateau Bressan et toutes les collines lyonnaises. Le soir, le Congrès assistera, au Parc, à une immense fête, dans laquelle il y aura entre autres particularités intéressantes, une ascension scientifique avec le magnifique ballon de la Ville de Marseille. — Le mardi 26 Août, excursion à la Voulte, une des localités les plus intéressantes de la vallée du Rhône aux points de vue industriel, géologique et pittoresque.

« Tout nous promet donc, ajoute le *Lyon médical*, que les sept jours que l'Association doit passer chez nous seront utilement et agréablement remplis. Peut-être même la session sera-t-elle insuffisante pour un programme si varié, car voilà la Société d'émulation de l'Ain qui offre un nouveau sujet d'attrait en invitant l'Association à visiter les fouilles intéressantes qu'elle fait dans un cimetière mérovingien nouvellement découvert. Enfin, la Société géologique de France se réunissant à Roanne, le 30 août, les membres du Congrès pourront terminer la session de Lyon par une excursion dans le bassin de la Loire, si intéressant au point de vue scientifique et industriel. » — Nous tiendrons nos lecteurs au courant des travaux de l'*Association*.

Société de Thérapeutique expérimentale de France. — Séance du 18 août 1873. — Ordre du jour : 1° Suite de la discussion sur la falsification des médicaments à bas prix. — 2° Rapport de M. le docteur Badal sur un travail présenté par M. le docteur Corre, (appareils pour secours aux blessés). — 3° Présentation des cartes de *Géographie botanique* par MM. les docteurs Léon Marchaud et A. Corre. — 4° Lecture d'un travail de M. le docteur Daupley sur le *Phellandrium aquaticum*.

Concours. — Pour les prix à décerner à MM. les internes en médecine et en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris. La composition écrite aura lieu le lundi 3 novembre 1873, à midi précis, à l'amphithéâtre de l'administration.

Vacances médicales. — A céder immédiatement une clientèle, à Paris. Recettes de 1872 : 17,500 fr., dont on peut justifier. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du journal, de midi à 4 heures.

Un poste médical important est vacant à Saint-Waast-d'Equiqueville, arrondissement de Dieppe (Seine-Inférieure). S'adresser au Havre. (*Gaz. des Hôp.*)

Librairie AD. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

Charcot (J.-M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, recueillies et publiées par Bourneville. Vol. in-8° compacte de 368 pages avec 25 fig. dans le texte et huit planches en chromo-lithographie. 9 fr.

Galicier. Du typhus. Réflexions critiques sur le principe contagieux et sa cause, suivies d'une étude sur la constitution médicale épidémique de Versailles pendant l'hiver 1872-73. In. 8 de 48 pages. 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'École de médecine.

Chouppe (H.) De l'inflammation du canal thoracique, in-8 de 48 pages, 2 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 12 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6 (Librairie A. DUVAL). 30 AOUT 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois................ 8 »

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées

THÉRAPEUTIQUE

De la Triméthylamine et de son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les affections les plus longues, les plus douloureuses, les plus à craindre pour les suites fâcheuses qu'elles entraînent souvent, on doit ranger, sans contredit, l'affection rhumatismale et surtout le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons déjà eu plusieurs spécifiques de cette maladie; tour à tour la saignée, le sulfate de quinine, la vératrine parurent devoir être entre les mains des praticiens des remèdes presque infaillibles. Malheureusement, le temps et l'expérience contribuèrent à modérer considérablement les illusions premières, et bientôt l'on dut convenir qu'un remède véritablement efficace faisait encore défaut. En sera-t-il de même de la triméthylamine qui vient de fixer l'attention médicale, depuis la communication intéressante faite par M. Dujardin-Beaumetz, le 10 janvier 1873, à la Société médicale des hôpitaux?

Les faits se rassemblent, les expériences se multiplient, l'approbation et la contradiction se manifestent, et bientôt on sera à même d'avoir une opinion basée sur un nombre considérable d'observations. Pour cela, il faudrait tenir compte des succès et des insuccès, interpréter sagement les résultats sans enthousiasme trompeur comme sans dénigrement systématique; c'est le seul moyen d'établir une statistique probante et sérieuse. Dans la revue que nous entreprenons aujourd'hui, nous vous proposons d'étudier les faits existant actuellement, d'y ajouter quelques observations personnelles, en attendant la lumière qui ne peut manquer de se faire dans un temps assez rapproché. Nous diviserons notre travail en quatre parties : 1° *Historique*; 2° *Propriétés chimiques*; 3° *Propriétés physiologiques*; 4° *Propriétés thérapeutiques*.

HISTORIQUE.

Vertheim le premier, en 1850, obtint, en distillant la narcotine de la potasse, un liquide incolore, volatil, doué d'une odeur ammoniacale particulière, auquel il donna provisoirement le nom de *métacétamine*. — L'année suivante, en 1851, Vertheim retira de la saumure du hareng un corps semblable à celui qu'il avait obtenu précédemment; abandonnant alors la dénomination de *métacétamine*, il adopta celle de *propylamine*. C'est également le nom de *propylamine*, que M. Dessaignes donna à la substance odorante que, en 1851, il découvrit dans le Chenopodium vulvaria, et à laquelle il reconnut la composition indiquée par la formule suivante, déjà donnée par Vertheim, $C^3 H^9 Az$.

Que représente cette formule? Est-ce bien de la propylamine, comme le pensaient MM. Vertheim et Dessaignes? N'est-ce pas plutôt de la propylamine, dont la formule est identique, ainsi que l'a prouvé M. Wurtz, en 1849? C'est ce que démontra, en effet, Winckler qui, afin de déterminer la nature réelle du liquide retiré par la distillation de la saumure de hareng, le soumit à l'action de l'iodure de méthyle. Or, il ne put fixer sur ce corps qu'une seule molécule de méthyle, et obtint de l'iodure de tétraméthylammonium, ce qui prouvait que la substance retirée de la saumure était, non une amine première, comme la propylamine, mais une amine tertiaire.

C'est cette triméthylamine, bien impure encore, que Awenarius (1) employa en médecine pour la première fois, en 1858; elle était retirée de l'huile de foie de morue, où elle existe aussi bien que dans la saumure de poissons. Ce médecin russe traita, dit-il, avec succès à l'hôpital Kalenkin, plus de 250 rhumatisants; pour lui, la propylamine serait un remède héroïque et souverain.

Le docteur John Gaston (2), auquel le professeur russe avait communiqué ce mode de traitement, a aussi obtenu un grand nombre de succès; mais il faut noter que ce médecin employait concurremment le sulfate de quinine avec la propylamine, ce qui ne permet pas d'établir nettement la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces médicaments.

Neluibin (de Saint-Pétersbourg) suivit la pratique d'Awenarius; puis Jean de Kaleniczenco, professeur à Charkow, prescrivit ce médicament, non-seulement dans le rhumatisme, mais dans les affections scrofuleuses et la phthisie; il publia sur ce sujet deux travaux importants, l'un qui a paru en Russie en 1864 (3), l'autre en France en 1869 (4).

En 1862 et 1863, la propylamine a été employée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les médecins de l'hôpital général de Vienne; on se servit surtout

(1) *Medical Press and Circular*, 1872. — *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, 1872.

(2) *Schmid'ts Jahrbucher*, 1858.

(3) *Notions sur la propylamine qui se trouve dans l'extrait de foie de morue*, 1864.

(4) *Note sur la propylamine et les produits naturels qui la contiennent*, 1869.

d'une solution pour faire des lavages sur les articulations, et c'était principalement pour lutter contre la tuméfaction des jointures qu'on l'appliquait. Les résultats ont été des plus douteux, car il y a eu dans certains cas une amélioration apparente, et dans d'autres cas des effets tout à fait nuls. Si bien que les expérimentateurs se sont demandé si les cas favorables ne résultaient pas de coïncidences heureuses, ou bien s'il fallait attribuer à la mauvaise qualité des médicaments les insuccès éprouvés.

En 1863, M. Desnos essaya aussi la propylamine chez un certain nombre de rhumatisants; il donnait le médicament par dose de 20 gouttes; les effets ont été nuls. Les malades ont guéri sans doute, mais la durée de la maladie n'a pas été abrégée, les souffrances n'ont pas été calmées. En 1865, M. Guibert (1) étudia sur lui-même les effets de la triméthylamine; il arriva à des résultats assez importants, qui trouveront place lorsque nous traiterons des propriétés physiologiques du médicament.

En 1870, M. Fargier-Lagrange, dans sa thèse inaugurale, inspirée par le professeur Coze et soutenue à Strasbourg, a rapporté cinq observations relatives à des affections rhumatismales où la triméthylamine fut utile. L'auteur a une grande confiance dans l'efficacité du nouveau médicament qui, selon lui, abaisse la température, ralentit le pouls et calme la douleur.

En Italie, des essais cliniques furent aussi tentés par le docteur Namias et communiqués à l'Académie royale de Venise (juin 1872). Dans ses recherches, l'auteur a été particulièrement frappé des effets de la propylamine sur la circulation et les caractères du pouls. Il a vu que ce médicament avait pour effet constant de diminuer le nombre des pulsations et parallèlement de déterminer un abaissement de la température. Ce n'est pas seulement la fréquence du pouls qui est diminuée, mais la diminution porte en même temps sur sa force et son volume, c'est-à-dire sur la tension artérielle.

Malgré ces publications déjà nombreuses, la triméthylamine était à peu près inconnue des médecins; on la trouve cependant notée dans le *formulaire* de M. Bouchardat et dans le *Dictionnaire de thérapeutique* de MM. Bouchut et Després; ces auteurs, du reste, ne semblent pas avoir, dans le médicament, la moindre confiance. Quant au traité de MM. Trousseau et Pidoux, il est complètement muet à cet égard. Tel était l'état de la question lorsque les résultats publiés par M. Dujardin-Beaumetz ont attiré vivement l'attention sur cet agent, pour ainsi dire nouveau.

Nous détachons du résumé qu'il fait de ses sept observations les résultats suivants :

Observation I. — Homme de 49 ans, atteint depuis 3 mois d'un rhumatisme articulaire subaigu qui avait résisté aux purgatifs, au sulfate de quinine, aux vésicatoires et à la teinture d'iode. La propylamine fut donnée en petite quantité, pour en fixer la dose ; elle a été prise pendant trois semaines sans dépasser 1 gramme. Cependant, dès le lendemain du début du traitement, une amélioration notable s'était produite, et le malade, infirme à son entrée, sortait un mois après assez complétement guéri pour reprendre ses fonctions de contrôleur aux halles.

Observation II. — Homme de 29 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire aigu à sa troisième attaque, les deux précédentes ayant duré 4 à 5 semaines. Le 10 septembre, on donne 20 gouttes de propylamine; le lendemain douleurs presque nulles, et guérison complète en quatre jours après une durée totale de six jours de rhumatisme.

Observation III. — Homme de 24 ans, atteint pour la première fois de rhumatisme le 21 septembre et mis à la propylamine le 23, en commençant par 1 gramme. Il quitte l'hôpital complétement guéri le 6 octobre, après 17 jours de maladie.

Observation IV. — Rhumatisme articulaire aigu chez un homme de 40 ans, à sa troisième attaque, débutant le 15 septembre 1872. — Entré à la Maison de santé le 1er octobre; le surlendemain, institution du traitement par la propylamine et, le 21, guérison.

Observation V. — Homme de 22 ans, à sa cinquième attaque de rhumatisme articulaire aigu, datant de 15 jours à son entrée à l'hôpital Lariboisière, le 27 août. — Il est mis au traitement par la propylamine à la dose de 1 gramme, et il est guéri après six jours, le 3 septembre.

Observation VI. — Homme de 35 ans, à sa troisième attaque de rhumatisme articulaire aigu. Guérison en six jours par doses de 0 gr. 50 à 1 gr. de propylamine après une durée de 8 jours de la maladie.

Observation VII. — Deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu chez un homme de trente ans. — Guérison en 8 jours de traitement par la propylamine après 10 jours de maladie.

M. Dujardin-Beaumetz apprécie ensuite la valeur du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la propylamine dans les termes suivants : « L'amélioration est le plus souvent très-rapide; quelquefois même, douze heures après l'administration du remède, les malades éprouvent un grand soulagement, les douleurs sont moins vives, les mouvements sont mieux supportés...; il y a diminution des phénomènes congestifs articulaires, et en même temps diminution des phénomènes fébriles... La guérison est complète, du moins quant à l'attaque, dans un laps de temps qui varie de quatre à dix jours. »

Bon nombre de médecins paraissent favorables à cette nouvelle médication; ainsi MM. Gombault, Féréol, Brouardel, Bouchard, Bucquoy, Moissenet, Pirotais (de Fougères), Sœlin (de Vendôme), etc., n'ont eu qu'à se louer du nouveau médicament, sur les propriétés duquel paraissent peu compter MM. Gubler, Laboulbène, Desnos, Roger, Bourdon, Pidoux, Potain.

Nous terminerons cet exposé historique en citant plusieurs brochures ou thèses publiées dans ces derniers temps sur le sujet qui nous occupe. Ce sont principalement : 1° *Etude sur la triméthylamine, ses propriétés chimiques, physiologiques et thérapeutiques,* par F. BOURDET (thèse de Paris, 25 avril 1873); — 2° *De la valeur de la triméthylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu,* par le docteur COTTARD (Paris, 1873); — 3° *Nouvelles recherches sur la triméthylamine,* par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ (Paris, 1873); — 4° *Etude clinique et physiologique sur la propylamine et la tryméthylamine,* par AISSA-HAMDY (thèse de Paris, 15 mai 1873).

C'est surtout dans ces brochures, dans les divers articles publiés dans les journaux et dans les communications faites à la *Société médicale des hôpitaux* que nous puiserons les principaux matériaux nécessaires à la rédaction de cette revue thérapeutique. (*La suite prochainement*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre (1).

Par **L.-E DUPUY**, interne des hôpitaux.

5° *Cathétérisme utérin après l'accouchement.* La facilité avec laquelle l'utérus se laisse perforer peu de temps après l'accouchement a été mise en lumière par l'exemple d'Arna, cité précédemment. — Néanmoins, *Simpson* (2) a conseillé le cathétérisme utérin pour constater un accouchement récent, au point de vue médico-légal. Plusieurs observations que nous avons pu recueillir dans des publications récentes prouvent à la fois le danger auquel expose cette pratique et l'incertitude des renseignements qu'elle fournit. En d'autres termes, le cathétérisme utérin, pratiqué dans ces conditions, peut être désastreux pour la femme qui le subit, et de plus, il peut induire gravement en erreur le médecin légiste, s'il n'a pas une connaissance exacte des faits que nous nous proposons de résumer ici.

On sait depuis longtemps qu'après l'accouchement le tissu utérin est lâche, ramolli, friable et infiltré. Les recherches plus récentes de *Heschl* (3) ont établi que tous les éléments du parenchyme utérin subissent, à ce moment, la dégénérescence graisseuse, suivie d'une néoformation complète du tissu utérin. — L'observation suivante (Obs. II), prouve que, un mois après l'accouchement, cette métamorphose peut être encore fort peu avancée; les divers détails histologiques, qui s'y trou-

(1) Guibert. — *Traité des médicaments nouveaux.* Bruxelles, 1865.

(1) Voir le n° 10 du *Progrès médical.*
(2) *Simpson.* — *Loc. cit.*
(3) *Heschl.* — *Ueber das Verhalten das menschlichen uterus nach der Geburt* (*Wiener Zeitschrift* T. XVIII p. 9, 1852).

vent résumés et sur lesquels nous attirons tout spécialement l'attention, indiquent clairement que l'hystéromètre ne rencontrera qu'un bien faible obstacle de la part d'une paroi utérine dont tous les éléments sont en pleine dégénérescence graisseuse.

Notons en outre la richesse vasculaire de l'organe qui, d'après l'expression même de Wegner, se trouvait transformé en un véritable tissu caverneux. En vérité, il nous semble difficile de concevoir comment la sonde utérine, en traversant ces tissus si vasculaires, n'a provoqué aucune hémorrhagie. Nous reviendrons plus loin sur ce fait important, lorsque nous apprécierons le danger de ces perforations utérines.

Observation II. *Cathétérisme utérin pratiqué un mois après l'accouchement, rétroflexion de la matrice; péritonite tuberculeuse.* — *Utérus perforé à deux reprises différentes par l'hystéromètre. Autopsie.* — (Observation de Rabl-Buchesard et Jelonnus).

Caroline R..., 29 ans, entrée le 25 avril 1870 à la Charité de Berlin.

Antécédents. Bonne santé habituelle; a eu 3 accouchements à terme et 3 fausses-couches. Le dernier accouchement, parfaitement normal, a eu lieu le 24 *mars* 1870; 8 jours après ses couches, la malade quitta le lit pour la première fois et ressentit immédiatement des douleurs dans la région ombilicale, de la constipation, de l'anorexie, etc.

Etat actuel. Mauvaise nutrition, femme maigre, osseuse. Teinte ictérique de la peau. Accuse des douleurs dans le ventre; vomissements verdâtres. P. 96; anorexie, soif vive, langue grisâtre. Ventre douloureux, constipation.

Portion vaginale du col de l'utérus refoulée en avant; dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur arrondie ayant la forme et le volume du corps de l'utérus.

26 *avril.* La sonde pénètre facilement dans l'utérus, qui se laisse redresser sans peine; la tumeur n'existe plus dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — *En imprimant avec prudence un mouvement de levier à l'instrument, on sent que celui-ci triomphe d'un léger obstacle et pénètre à une profondeur de 19 centimètres*; il est impossible de sentir le bouton de l'hystéromètre sous la paroi abdominale. — La sensibilité de l'abdomen ayant augmenté après cette exploratiou, on ordonna des applications froides sur le ventre et de la morphine à l'intérieur.

27 *avril.* La douleur a diminué pendant la nuit; T. 37°,4. P. 96, soir, 38.9. P. 120.

28 *avril.* La malade a une garde-robe; après cette évacuation, les douleurs abdominales diminuent encore; matin, T. 38°,5; P. 108. Soir, T. 38°,8 P. 108.

29 *avril.* Ventre modérément développé; il n'est douloureux ni spontanément ni à la pression. — L'utérus s'est replacé en rétroflexion.

2 *mai.* Tous les signes de péritonite ayant cessé, *on introduisit de nouveau l'hystéromètre jusqu'à une profondeur de 16 centimètres et demi, sans qu'il survint de réaction inflammatoire.*

13 *mai.* Mort de la malade par suite des progrès d'une infiltration caséeuse du sommet droit, qui se compliqua de pleurésie du côté gauche.

Avant de commeucer la nécropsie, on sonde l'utérus; l'hystéromètre, après avoir vaincu un léger obstacle, pénètre dans l'abdomen assez profondément pour qu'on puisse sentir le bouton de l'instrument au voisinage de l'ombilic.

A l'autopsie on découvrit de la tuberculose pulmonaire et une pleurite tuberculeuse du côté gauche, avec exsudats hémorrhagiques.

Sur le feuillet pariétal du péritoine, on trouve plusieurs couches de fausses membranes; les intestins étaient adhérents entre eux et à la paroi abdominale.

L'hystéromètre sort du petit bassin; il perfore la matrice par une ouverture arrondie occupant le milieu du fond de l'utérus. Une sonde plus fine, introduite dans les parties génitales, vient perforer le fond de l'utérus à 1/2 centimètre environ de l'ouverture interne de la trompe gauche. Le parenchyme utérin entourant cette seconde ouverture présente une friabilité remarquable, une couleur gris-bleuâtre et un développement vasculaire considérable. — Au voisinage de la première ouverture on ne constate aucune altération du parenchyme. — L'utérus est augmenté de volume; sa substance est molle, traversée par des vaisseaux à minces parois. La muqueuse est lisse dans sa totalité, molle, blanc-jaunâtre: on trouve un débris du placenta sur la paroi postérieure et empiétant un peu à droite.

Examen microscopique (fait par *Wegner.*)

La masse de l'utérus est principalement constituée par des vaisseaux de plus ou moins grande dimension; ceux-ci sont à certains endroits, tellement rapprochés les uns des autres, qu'il en résulte un véritable tissu caverneux. Ils présentent de nombreux coudes et des ramifications contournées. L'élément musculaire très-peu développé par places, présente des modifications histologiques fort variables suivant les différents points où on l'examine, une portion notable de ce tissu est encore en pleine dégénérescence graisseuse. Ailleurs on trouve de petits vaisseaux dont la structure ne rappelle en rien celle de l'utérus gravide et formés d'éléments nouveaux. On trouve, en grande quantité, entre ces vaisseaux de nouvelle formation, des granulations de graisse, restes évidents d'éléments primitifs ayant subi la dégénérescence graisseuse. La muqueuse utérine est aussi en voie de transformation graisseuse: peu ou point de néo-formation.

Dans les trois observations suivantes, le cathétérisme utérin fut également pratiqué à une époque peu éloignée de l'accouchement (de 32 à 62 jours); chez ces trois malades, la matrice fut perforée par l'hystéromètre, sans que celui-ci ait rencontré la moindre résistance de la part des parois. Bien que le chirurgien n'ait pas craint de produire la perforation à plusieurs reprises chez la même femme, il ne survint aucune réaction inflammatoire.

Observation III. *Cathétérisme utérin pratiqué 62 jours après l'accouchement; perforations de l'utérus par cet instrument non suivies d'accidents.* — (Observation de *Babl-Buckesard et Jelonnus.*) — W...., 30 ans, 4 accouchements; le dernier a eu lieu le 28 *janvier* 1870 et la menstruation ne s'est pas encore rétablie.

22 *Mars* 1870. Se plaint de douleurs dans la région inguinale droite, et d'une grande faiblesse. On constate: érosion des lèvres du col utérin, et corps de la matrice appuyant sur le cul de sac vaginal postérieur. L'hystéromètre pénétra à 7 centimètres de profondeur.

31 *Mars. La sonde utérine pénétra directement et sans rencontrer d'obstacle jusqu'à une profondeur de 19 centimètres; on sent sous la paroi abdominale amincie le bouton de l'instrument au-dessus de l'ombilic et sur la ligne médiane.*

Aucune douleur: la malade qui était simplement venue à la consultation rentre chez elle, avec recommandation expresse de revenir si le moindre accident se manifestait.

2 *Avril.* La malade revient: *introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 14 centimètres, sans occasionner de douleur; le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale.*

30 *Avril.* La sonde utérine est introduite à une profondeur de 8 1/2 cent. L'état de la malade s'étant sensiblement amélioré, celle-ci ne reparut plus à la consultation.

Observation IV. *Cathétérisme utérin pratiqué 34 jours après l'accouchement; perforation de l'utérus à trois reprises différentes, sans aucune réaction inflammatoire.* — Observation de *Babl-Buckesard et Jelonnus.* — A. K. 29 ans; accouchée au forceps, le 23 *février* 1870.

Entre le 25 *mars* à la Charité, dans l'état suivant: ventre tendu; tympanisme; entre le pubis et l'ombilic, sur la ligne médiane, matité et résistance plus grande à la pression; col utérin ramolli; écoulement abondant par l'orifice externe.

29 *Mars.* Les douleurs ayant diminué, *introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 17 1/2 centimètres; l'instrument eut à vaincre un léger obstacle.*

Il fut introduit le 1er avril à 10 centimètres et le 20 avril à 9 centimètres de profondeur. — Aucune douleur, aucune réaction inflammatoire.

Observation V. Cathétérisme utérin pratiqué 45 jours après l'accouchement; perforation de l'utérus à trois reprises différentes, sans aucune réaction inflammatoire. (Observation de *Babl-Buckesard et Jelonnus.*) — BaltraH., 29 ans, accouche, le 25 *mars* 1870, d'un enfant vivant. Trois jours après, elle éprouve les symptômes suivants: violent frisson, suivi de chaleur; violentes douleurs dans le bas-ventre; diarrhée. Le 17 avril, ces symptômes d'endométrite puerpérale étant calmés, la malade fut considérée comme guérie.

Le 9 *mai*, elle rentra à la Charité: elle a éprouvé, depuis une quinzaine de jours, des douleurs dans la région iliaque droite, qui ont augmenté, mais non au point de nécessiter le séjour au lit; au contraire, la marche amenait plutôt une rémission. Depuis huit jours, la diarrhée a reparu et la miction est douloureuse. A deux travers de doigt de la symphise et un peu à droite, on sent avec la main une tumeur, de forme arrondie et sensible à la pression

L'orifice externe du col est dirigé à gauche, présentant une fossette triangulaire dirigée en travers et admettant la phalangette. Dans le cul de sac vaginal, en arrière et à droite, on sent une tumeur dure, de surface irrégulière, raboteuse, remontant dans le petit bassin, mobile en tous points, excepté au niveau de la symphise sacro-iliaque droite; elle semble fortement adhérente à la paroi du bassin. — Comme, à part cette tumeur, la palpation hypogastrique ne révèle rien sur la ligne médiane, il ne peut s'agir évidemment d'un utérus hypertrophié.

La sonde utérine est introduite; dirigée d'abord à droite, puis suivant la ligne médiane, elle pénètre sans occasionner de douleur notable, et, après avoir surmonté un léger obstacle, jusqu'à une profondeur de 18 centimètres. Le bouton de l'instrument est senti sous la paroi abdominale amincie à 1/2 centimètre de l'ombilic. — Ce cathétérisme n'occasionna aucune douleur de la malade. — Le 13 *mai, l'hystéromètre pénétra à une profondeur de 10 centimètres également sans douleur.*

15 *mai.* Nouvelle introduction de l'hystéromètre; l'instrument est enfoncé à une profondeur de 13 centimètres et son bouton est senti sous la paroi abdominale; aucune douleur et aucune suite fâcheuse.

21 *mai.* Introduction de l'hystéromètre à une profondeur de 6, 5 centimètres.

22 *mai.* Sur sa demande, la malade quitte l'hôpital.

Ces quatre observations ne sont-elles point suffisamment démonstratives, et ne peut-on point établir, dès à présent, ce fait capital, selon nous, que l'hystéromètre, dans la période

d'involution, peut traverser le fond de l'utérus sans rencontrer de véritable obstacle et pénétrer par conséquent dans la cavité abdominale à l'insu de l'opérateur? — Dans de telles conditions, l'hystéromètre peut exposer la femme à de graves dangers; elle n'a plus de valeur au point de vue du diagnostic et peut même induire en erreur le médecin légiste en lui donnant une mesure inexacte du diamètre longitudinal de la cavité utérine. — On pourrait, il est vrai, éviter ces inconvénients en se servant d'une sonde de fort diamètre et à extrémité molle et arrondie; mais, vue l'élascité énorme des tissus, nous pensons que le cathétérisme utérin, même ainsi pratiqué, trouve toujours ici une de ses plus mauvaises applications et qu'il faut éviter d'y avoir recours. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie bulbaire progressive (*paralysie glosso-labio-laryngée*), et de ses rapports avec l'atrophie musculaire progressive,

Par **A. KUSMAUL** (1)

Nous pouvons maintenant chercher à définir d'après ces faits la relation de la paralysie bulbaire progressive avec l'atrophie musculaire progressive. L'existence de cette relation ressort, dès l'abord, de la fréquence des cas où les deux affections coexistent.

La paralysie bulbaire joue souvent un rôle important dans les périodes terminales de l'atrophie musculaire; mais il y a plus, lorsqu'elle est primitive, cette paralysie a une tendance très-marquée à se propager à la moelle en donnant naissance à une atrophie musculaire progressive paralytique. Enfin il est remarquable que jusqu'ici toutes les autopsies complètes ont montré dans la moelle les mêmes lésions que dans le bulbe et limitées aussi aux régions motrices. Si, comme Duchenne, nous ne regardions comme de véritables paralysies bulbaires que les cas où la langue est paralysée, mais non atrophiée, il faudrait évidemment nier là d'abord toute relation entre les deux affections en question. Mais cette distinction nous paraît arbitraire; vous savez que dans la paralysie bulbaire on voit tous les degrés de la paralysie simple à l'atrophie; vous savez qu'il est souvent impossible pendant la vie de savoir si la langue, conservant son volume normal, est ou non dégénérée; vous avez vu, à côté de muscles simplement paralysés et sur le même sujet, des muscles atrophiés. Les mêmes différences se montrent aussi dans l'atrophie musculaire. Bénédict le premier a montré en 1863 que dans l'atrophie il existe souvent des muscles atteints de paralysie simple à côté de ceux qui sont atrophiés. Ces distinctions cliniques ont été confirmées par les recherches anatomiques. Hayem a publié en 1869 une observation très-concluante sur ce sujet. Chez un homme atteint d'atrophie musculaire progressive, on diagnostiqua dès 1867 une paralysie du diaphragme; Duchenne confirma le diagnostic et trouva encore le grand dentelé, le sterno-cléido-mastoïdien et les scalènes paralysés et, d'après lui, atrophiés. A l'autopsie, Hayem trouve tous les muscles amaigris comme le reste du corps, mais du reste parfaitement normaux. Il n'existe donc aucune différence essentielle entre la paralysie bulbaire et l'atrophie progressive dans l'état clinique et anatomique des muscles. Ces deux affections présentent de plus une ressemblance frappante dans leur développement, leur tendance à progresser presque sans relâche, comme au point de vue des lésions anatomiques du système nerveux. Si la paralysie bulbaire a une durée plus courte et paraît plus dangereuse, on peut l'expliquer facilement par le siége des lésions sans en chercher la cause dans la nature même de l'affection.

L'histoire des causes, si longtemps obscures de l'atrophie musculaire progressive a passé par les mêmes phases que celle de la paralysie bulbaire. Après y avoir vu longtemps une affection purement musculaire puis une dégénérescence des racines spinales antérieures, on en est venu à considérer cette affection comme d'origine centrale et spinale. Les considérations cliniques qui ont conduit à cette idée sont confirmées tous les jours par les lésions anatomiques que les progrès des méthodes, d'investigation permettent de constater. En 1868 Lockart Clarke affirmait avoir constaté dans huit cas d'atrophie musculaire, l'atrophie dégénératrice de la substance grise de la moëlle et de ses cellules nerveuses. En France et en Allemagne on voit chaque année s'accroître le nombre des observations qui mettent hors de doute que l'atrophie musculaire dépend de l'atrophie de la substance grise de la moëlle et en particulier des grandes cellules des cornes antérieures. C'est surtout à Charcot que revient le mérite d'avoir reconnu le rôle trophique de ces cellules et d'avoir, avec ses élèves, montré leur dégénérescence dans de nombreux cas d'atrophie musculaire progressive, de paralysie infantile et d'autres paralysies spéciales amenant l'atrophie musculaire. La pseudo-hypertrophie ou atrophie lipomateuse elle-même a, d'après de récents travaux, le même point de départ dans les cornes antérieures de la moëlle.

Un fait, auquel Charcot attache avec raison une importance capitale, c'est que dans ces atrophies la région où la substance grise est dégénérée correspond à la naissance des racines motrices dont les rameaux innervent les muscles atrophiés. W. Müller a remarqué de plus que le nombre des muscles dégénérés est à peu près proportionnel à l'atrophie des cellules ganglionnaires antérieures. Il est encore important d'observer que dans aucun cas on n'a vu la dégénérescence limitée à la substance blanche amener une atrophie musculaire marquée, tandis qu'il ne manque pas d'observations de sclérose des cordons postérieurs ou de sclérose en plaques, avec paralysie et contracture musculaire, où l'extension de l'atrophie aux cornes antérieures a coïncidé avec l'apparition de l'atrophie musculaire. Enfin, il ressort des recherches de Vulpian et de Clarke que la perte de grandes masses musculaires dans les amputations ne produit jamais l'atrophie dégénératrice des cellules ganglionnaires, mais qu'on n'y voit qu'une atrophie simple et peu prononcée de la région médullaire correspondante qui n'apparaît qu'à la longue et où la la diminution des cellules ganglionnaires n'est certainement pas proportionnelle à la perte musculaire.

Les lésions médullaires de l'atrophie musculaire sont variables et n'ont rien de spécifique. On trouve tantôt la dégénérescence grise simple, augmentation du tissu conjonctif et destruction graisseuse des tubes nerveux, tantôt la myélite chronique scléreuse où l'irritation est plus prononcée. Clarke a trouvé souvent une forme particulière de ramollissement, décrite aussi par Charcot, que tous deux désignent sous le nom de désintégration granuleuse et qu'on a trouvée aussi dans le tétanos, la chorée, etc. Enfin l'observation de Charcot, où l'atrophie musculaire avait apparu à la suite de la paralysie bulbaire montre que cette affection peut-être produite par une atrophie avec dégénérescence pigmentaire limitée aux cellules ganglionnaires des cornes antérieures. Dans tous ces cas deux conditions paraissent nécessaires à la production du type clinique de l'atrophie musculaire progressive: 1° La destruction des grandes cellules ganglionnaires das cornes antérieures; 2° Le mode particulier d'extension de la lésion dans les cornes antérieures. Les seuls processus qui engendreront le type clinique sont ceux qui ont de la tendance à se propager irrégulièrement dans les cornes antérieures détruisant les cellules nerveuses sans ordre, les unes plus tôt, les autres plus tard, les unes complétement, les autres partiellement, d'autres cellules voisines restant intactes. Cette ingénieuse hypothèse de Charcot est parfaitement d'accord avec la marche clinique de la maladie.

Mieux que toute autre elle nous explique l'irrégularité apparente de la propagation de l'atrophie qui attaque les faisceaux des muscles ou des groupes musculaires isolés et cependant presque toujours symétriquement placés ou concourrant à des mouvements coordonnés. Elle explique également la combinaison fréquente de l'atrophie musculaire avec l'ataxie, les paralysies, les contractures, etc., tout dépend ici du point de départ de la lésion et du sens suivant lequel elle se propage.

Les considérations précédentes peuvent se résumer ainsi:

(1) Voir le n° 10 du *Progrès Médical.*

« La paralysie linguale progressive et l'atrophie musculaire » progressive sont des types cliniques causés par diverses » dégénérescences du bulbe et de la moelle. Ces dégénéres- » cences ont pour caractères communs leur tendance à se » propager aux cornes antérieures et aux noyaux gris du » bulbe qui leur correspondent, et leur extension irrégulière » aux cellules nerveuses isolées ou en groupes qu'elles détrui- » sent. » Suivant que la lésion siégera primitivement plus ou moins haut, au bulbe, à la région cervicale ou lombaire, l'ensemble des symptômes variera mais sans que leur caractère change. Les cas complexes, et les fréquentes combinaisons de ces symptômes avec différentes névroses, avec l'ataxie, les contractures, les hémiplégies, les paraplégies, etc., résultent de l'extension primitive ou secondaire des mêmes lésions à d'autres parties des centres nerveux.

(*A suivre.*) (Trad. EXCHAQUET).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Situation scientifique. — L'association française pour l'avancement des sciences.

Depuis quelques années, et principalement depuis 1868-1869, la situation scientifique de notre pays s'est remarquablement modifiée, surtout au point de vue des sciences médicales.

Durant la période de plus de quinze ans qui avait précédé (1850-1868), il a existé, par rapport au mouvement scientifique si accusé de la première moitié du siècle, une sorte d'atonie intellectuelle en harmonie d'ailleurs avec l'état politique du pays. Et si, même pendant ce temps, un noyau de médecins laborieux montrait que la France n'était pas morte et n'avait pas légué d'une façon définitive sa succession à l'Allemagne, pour la généralité, il n'était plus de mode de tracer son sillon en s'appuyant sur des recherches originales, sur des publications dignes d'attirer l'attention du monde médical. Et de même qu'en politique, on craignait de se compromettre en formulant trop librement ses appréciations, de même on redoutait, en publiant des mémoires sur des questions de médecine et de chirurgie, de déplaire à quelque personnage influent et, partant, d'entraver sa carrière. Certes, jamais le proverbe: « Si la parole est d'argent, le silence est d'or » n'avait été plus unanimement accepté comme la règle de conduite la plus sage.

Cet état de choses, profondément regrettable, devait avoir un terme. En effet, les cinq dernières années ont vu s'opérer dans nos habitudes un changement sérieux, changement qui nous semble avoir coïncidé avec la renaissance de la nation à la vie politique (1869). Les recherches scientifiques sont revenues en honneur pour tout le monde. Plusieurs médecins des hôpitaux ont largement contribué à ce résultat en poussant leurs élèves à étudier minutieusement les points obscurs de la science, à publier sous forme de thèse, de mémoires ou d'observations, le fruit de leurs labeurs. Parmi ces jeunes maîtres, nous citerons surtout MM. Charcot, Parrot, Verneuil et Vulpian.

Les travaux de laboratoires, beaucoup trop délaissés et d'ailleurs très-circonscrits, ont reçu une nouvelle impulsion. Dans cette direction, il est juste de reconnaître la part de MM. Ranvier et Cornil qui, il y a quelques années dans leur laboratoire particulier où ils ont fait de l'enseignement libre et aujourd'hui dans des laboratoires officiels, ont initié un grand nombre d'internes des hôpitaux et de jeunes médecins à la connaissance de l'histologie. Malheureusement nos laboratoires sont loin d'être ce qu'ils devraient être et leur budget a été mesuré, jusqu'ici, avec trop de parcimonie.

En province, la vie scientifique paraît également renaître, au moins en ce qui concerne la médecine. Bordeaux et Lyon rivalisent d'ardeur et dans chacune de ces villes règne une nouvelle émulation. D'autres cités, moins importantes, comme Lille et Nantes, entrent dans cette voie et cherchent, elles aussi, par la création de facultés de médecine, à utiliser les éléments dont elles disposent.

C'est encore à ce mouvement scientifique que nous devons la création des *Archives de physiologie normale et pathologique*, de la *Revue analytique des sciences médicales*, de la *Revue d'anthropologie* de M. Broca (1). C'est enfin de ce mouvement qu'est née l'*Association française pour l'avancement des sciences*. La première session, qui s'est tenue à Bordeaux, l'an dernier, a été meilleure que les temps ne permettaient de l'espérer. La seconde session, qui a lieu actuellement à Lyon, nous promet des résultats non moins sérieux.

Ce résumé de notre situation médicale, quelque incomplet qu'il soit, indique à notre avis que nous n'avons qu'à *vouloir* pour reconquérir en peu de temps un rang que nous n'aurions jamais perdu si nous avions su conserver en nous l'amour du travail et de la liberté, ces deux grands moteurs du progrès.

— Nous laissons maintenant la parole à notre correspondant de Lyon, M. le Dr Frantz Gromier qui a bien voulu nous envoyer une analyse détaillée des travaux de la section médicale de l'*Association française pour l'avancement des sciences*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

Lyon, 26 août.

La section de médecine, de l'Association française pour l'avancement des sciences a inauguré ses travaux sous la présidence de M. Verneuil. Nous allons exposer successivement, d'une façon aussi succincte que possible, les diverses communications qui ont été faites.

— M. OLLIER fait une communication ayant pour titre : *Des divers moyens chirurgicaux pouvant activer l'accroissement des os chez l'homme.* Déjà, dans la session qui a eu lieu à Bordeaux, l'auteur a exposé les résultats de ses recherches expérimentales sur l'accroissement des os, sans aborder la question chirurgicale, qui fait aujourd'hui le sujet de sa communication.

M. Ollier a entrepris de très-nombreuses expériences sur l'accroissement des os. Il se rattache entièrement à l'opinion de Flourens et regarde comme lui le cartilage de conjugaison comme l'organe indispensable à son évolution. Quant à l'évolution histologique, l'auteur admet la théorie de Muller, que les travaux de Ranvier sont venus confirmer. Cette théorie a été combattue, dit-il, par l'anatomie et l'expérimentation, mais les expériences sur lesquelles on s'appuie sont peu nombreuses et peu concluantes.

Il y a déjà quelques années, dans une série d'expériences sur des animaux jeunes encore, M. Ollier, après avoir enlevé le cartilage de conjugaison, avait toujours obtenu le même résultat, c'est-à-dire l'arrêt immédiat de l'accroissement de l'os. (Une série de pièces des plus probantes est mise sous les yeux des assistants). Malgré l'arrêt absolu d'accroissement dans le point correspondant à l'ablation du cartilage, l'os continue à se développer à l'extrémité opposée. On peut attaquer et irri-

(1) Il serait permis aussi de rattacher à l'évolution que nous essayons de décrire la publication des deux grands *Dictionnaires de Médecine*.

ter les autres tissus sans arrêter aucunement l'accroissement de l'os. — L'irritation intense du cartilage produit le même résultat que son ablation. Dans la variété d'ostéite juxta-épiphysaire, sur les limites du cartilage de conjugaison, l'os cesse de s'accroître.

Si l'on porte l'irritation loin du cartilage, l'on observe au contraire un allongement de l'os; il suffit, en effet, d'irriter la diaphyse d'uu os qui s'accroît par une cautérisation ou une perforation, pour observer un accroissement pouvant atteindre la seizième et même la douzième partie de sa longueur totale.

On obtient un résultat analogue en pratiquant l'ablation du périoste au niveau du cartilage, ablation qui agit alors comme une irritation. — Le cartilage de conjugaison est l'organe essentiel de l'accroissement des os, et c'est en réagissant sur lui que les irritations, portées sur l'os, déterminent un allongement.

Ces données peuvent-elles s'appliquer à la chirurgie humaine? M. Ollier s'est demandé si, parmi les procédés d'irritation propres à déterminer l'allongement des os, il s'en trouverait un assez inoffensif pour être expérimenté chez l'homme. La moëlle est un tissu qu'on ne peut toucher, sans s'exposer aux plus grands dangers. Mais certains os, par leur position superficielle, rendent facile une irritation directe de leur surface. En faisant une cautérisation avec la pâte de Vienne, puis avec celle de Canquoin, il a été possible à l'auteur d'obtenir sans danger, un allongement notable de l'os. A l'appui de cette assertion, M. Ollier cite l'observation d'une jeune fille de son service, qui, à la suite d'une ostéite, juxta-épiphysaire, présentait entre les deux tibias une différence en longueur de 24 millimètres; il appliqua une traînée de pâte de Vienne sur la peau recouvrant la face autérieure du tibia, puis une petite lamelle de Canquoin; l'os présenta une légère exfoliation. Cinq semaines après il était possible de constater un peu d'allongement; mais trois mois et demi plus tard, cet allongement était de 13 millimètres. — Si l'on veut prolonger l'effet irritatif, il faut maintenir, sur l'os lui-même, le caustique pendant un temps assez long.

Le procédé consistant à introduire un poinçon entre l'os et le périoste est plus douloureux, bien moins efficace et offre plus de dangers; il est aussi plus difficile d'en graduer les effets. Dans quelques cas cependant il peut avoir son utilité.— Lorsque le caustique est appliqué sur le tibia, l'on n'a pas à se préoccuper du péroné, le tibia l'entraîne avec lui, et jamais la déviation du pied ne s'est produite dans ces circonstances.

Sur un certain nombre d'extrémités osseuses, on peut attaquer le cartilage sans pénétrer dans l'articulation, et arrêter ainsi l'allongement de l'os. Il suffit d'enlever un petit cône ou une mince tranche du cartilage, de pratiquer une occlusion exacte de la plaie et d'immobiliser le membre. Deux fois M. Ollier a eu l'occasion de pratiquer cette ablation partielle: dans l'un des cas, à la suite d'une ostéite suppurée du radius et de l'altération du cartilage de conjugaison, le radius avait cessé de s'accroître, tandis que le cubitus, continuant à se développer, avait repoussé la main sur le bord radial. Tous les appareils avaient été inutiles, il songea alors à eurayer le développement du cubitus et dans ce but, enleva un quart environ de cartilage, se bornant à broyer le reste. Deux ou trois mois après l'opération, la main commença à se redresser; sur le modelage en plâtre soumis à la Société, la main est redressée, une saillie subsistant seule sur la face dorsale de la main.

Très-souvent, dans les hôpitaux, des cas semblables se présentent. Expérimentalement d'ailleurs, on peut observer de pareils résultats en enlevant le cartilage de conjugaison, ainsi que le prouvent les pièces que l'auteur nous présente. — On peut donc agir sur les os superficiellement situés, et produire leur allongement ou leur arrêt de développement, suivant que l'on irrite la diaphyse ou que l'on enlève le cartilage lui-même, tout au moins en partie. Ces procédés peuvent dans nombre de cas être employés, le manuel opératoire en est simple et exempt de dangers.

— M. le professeur Chauveau prenant ensuite la parole entretient l'association *De la transmission de la tuberculose par les voies digestives.*

L'éminent physiologiste fait remarquer combien cette question est importante au point de vue de l'hygiène générale. Depuis plusieurs années, il poursuit ses expériences et a déjà amassé un très-grand nombre de matériaux. Il est un fait sur lequel insiste l'orateur, c'est le choix des animaux sur lesquels on expérimente. Il faut choisir des sujets aptes *naturellement* à la tuberculose qui, en dehors de l'homme ne s'observerait que sur l'espèce bovine.

Si, dit-il, on prend cent jeunes animaux issus de parents sains, peut-être ne trouvera-t-on pas chez un seul d'entre eux le germe de la tuberculose. Mais qu'à ces cent jeunes animaux on introduise de la matière tuberculeuse dans les voies digestives, pas un seul peut-être avant six semaines n'offrira le germe de cette affection; mais si après un certain temps on les sacrifie, nombre d'entre eux auront contracté la maladie tuberculeuse à forme lente ou rapide, localisée à l'apparell respiratoire ou disséminée dans divers organes.

En vue de la réunion de l'association M. Chauveau a préparé l'expérience suivante: il a acheté quatre veaux de six semaines; deux d'entre eux sont nés dans la même ferme et le même jour; parmi les deux autres, il en est un qui, par sa taille et sa vigueur, offre une légère différence. Amenés le 17 juin 1873 à l'Ecole vétérinaire, ils furent nourris jusqu'au 25 juin avec du lait et de la farine d'orge, et sans qu'ils en aient éprouvé d'inconvénient. A cette époque les deux plus vigoureux reçurent une faible quantité de matière tuberculeuse provenant du poumon, des ganglions et de la surface des bronches d'une vache. Cette petite masse de 10 à 15 grammes fut broyée et agitée avec de l'eau; le 26 et le 30 juin, il leur en fut encore donné; le 6 juillet, ils la prirent sous forme de pâte. Pendant 5 semaines ils se sont très-bien portés et n'ont présenté aucun phénomène maladif; un seul, durant un jour, eut la diarrhée. A l'autopsie, M. Chauveau croit pouvoir affirmer que l'on découvrira de la matière tuberculeuse; déjà l'un d'entre eux est malade: il a maigri, avale avec peine et fait entendre des ronchus en buvant. Un ganglion sous-maxillaire est engorgé. — Les deux veaux, qui n'ont point ingéré de matière tuberculeuse, n'offrent nul symptôme de maladie.

Sur la demande de M. Chauveau une commission composée de MM. les docteurs Leudet, Bondet, Perroud, Muron et Tripier est chargée de faire l'autopsie et d'en dresser un rapport; les membres de l'association sont également invités à se rendre à l'amphithéâtre de l'Ecole vérinaire.

— M. le docteur A. Gayet chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon fait une communication sur une opération qu'il décrit sous le nom de *Discision équatoriale de la capsule*. La méthode qu'il emploie est celle de de Graef, incision scléroticale, puis iridectomie qui dans cette opération est l'élément du succès. Rarement, à sa suite, l'acuité visuelle est satisfaisante, résultat dû aux altérations de la capsule cristallinienne. Dans les cas même les plus heureux, en effet, l'examen du champ pupillaire montre de larges lambeaux flottants, des filaments ou du moins un pointillé formé des parties altérées de la capsule; l'éclairage oblique surtout rend le fait évident. Jamais la pupille n'est parfaitement nette.

Il fallait donc rechercher un procédé qui permît d'éviter ces débris capsulaires; l'ablation de la capsule offrait trop de dangers; on songea alors à la détruire tout au moins sur une large étendue. Ce procédé ne donne de bons résultats que dans les cas où la capsule est altérée et devient par elle-même un obstacle à la netteté de la vision. Dans son procédé M. le docteur A. Gayet cherche, au contraire, à conserver l'intégrité de la capsule et à opérer la sortie du cristallin non par une ouverture centrale mais par l'équateur de la capsule. Cette opération est facile: Depuis un an déjà, l'auteur avait supprimé le temps de la kystotomie qu'il faisait d'emblée en même temps que la ponction. Incisant la sclérotique, il exerce une pression au-dessous du centre de la cornée, manœuvre qui a pour but d'amener l'équateur du cristallin vers les bords de la plaie, produisant ainsi une saillie de cet angle de deux millimètres environ. C'est alors qu'avec un couteau de de Graef, il incise la capsule; rien n'est mathématique, dit l'auteur, comme la sortie du cristallin dans ces conditions; aucun débris de la capsule ou du cristallin ne reste dans l'œil, et en maintenant

une pression légère, on arrive à vider la capsule d'une manière très-satisfaisante. Dans un cas la pupille fut d'une pureté absolue et l'acuité excellente. Chez 8 autres malades, l'on observa cependant quelques légères altérations. Il est probable que, dans ces cas, des débris de la membrane épithéliale n'ont pu être chassés avec le cristallin. La capsule dans l'un des cas se fendit jusqu'à son centre, fente dont la trace se montra après la guérison et qui semblait indiquer un des écueils du procédé; celui de déchirer la capsule lorsque la discision équatoriale n'est pas assez étendue.

Ce procédé, d'après l'auteur, ne saurait s'appliquer à tous les cas, ainsi il ne peut être employé lorsque la capsule présente des altérations. L'auteur ajoute que son procédé, soit au point de vue opératoire, soit au point de vue des résultats est encore à l'étude et doit nécessairement subir quelques modifications.

—Il faudrait une autre plume que la nôtre pour donner une analyse de l'attrayante lecture faite par le docteur Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille *Sur la théorie physiologique de l'amour*. Ne pouvant reproduire malheureusement son style, nous nous bornerons à exposer rapidement ses ingénieux aperçus.

Le but principal de la nature est la reproduction des êtres animés, organisés; les procédés qu'elle emploie sont variés à l'infini suivant la place que l'être occupe dans l'univers; c'est une fonction essentielle à l'intégrité de l'espèce, pour l'être considéré en lui-même ce n'est plus qu'une fonction accessoire qui ne se développe qu'à une époque déterminée pour cesser à un âge plus ou moins avancé suivant les individus mais avec de très-faibles variations. Chez certains êtres, elle n'a lieu que dans un temps déterminé ou à de certaines époques comme chez les végétaux où elle ne s'observe qu'une fois en 1 an.

La charge est répartie entre deux êtres à organes séparés et distincts le plus souvent; aussi un rapprochement est-il nécessaire; mais quelle différence entre le contact accidentel du pollen chassé par les vents et l'entraînement des sens et de la passion! Ce besoin se transforme, se développe et s'élève psychiquement à mesure que l'on monte l'échelle animale; acte brutal d'abord, cette propulsion devient lentement passion, amour. Chez les nations ultra-civilisées les calculs de l'égoïsme et du vice en s'élevant contre le vœu de la nature ont contribué à la dépopulation.

L'homme et la femme comprennent l'amour chacun à leur manière; l'organisation physique explique cette différence. Féconder est le rôle de l'homme; à lui la volonté et les moyens de prendre l'initiative, c'est chez lui la passion la plus énergique, c'est la fonction pour laquelle il vit. Aussi les moindres lésions des organes chargés de cette fonction sont-elles plus vivement ressenties que si leur siége était tout autre. Qui ne se rappelle les craintes et les angoisses éprouvées dans les affections de ces appareils! Les souvenirs se rattachant à cette fonction forment la préoccupation du vieillard; enfin dans toutes les langues un mot peint la perte de cette énergie fonctionnelle *l'impuissance.*

Roux avait fait la remarque que les vieillards opérés de sarcocèle double vouaient *instinctivement* à leur chirurgien une haine implacable. — Notons en passant l'exquise sensibilité des organes génitaux, les douleurs vives, les hyperesthésies dont ils sont parfois atteints.

Chez l'autre sexe le tableau change, le rôle de la femme est de porter et d'élever le nouvel être; elle l'engendre mais là se borne à peu près son rôle. Chez elle règne un certain degré d'indifférence génésique et de froideur relative; elle peut se refuser. En tout pays l'homme qui résiste paraît aussi étrange que la femme qui attaque. C'est grâce à sa passivité que la femme peut mener sa gestation à bonne fin. L'appétit génésique ne s'éveille chez elle qu'à une époque plus tardive, il est moins prononcé. Le point d'honneur chez les femmes est de dire: Non, celui de l'homme d'arracher un Oui! Nous ne retrouvons plus chez la femme cette même appréhension d'avoir contracté une affection des organes génitaux; il faut bien souvent même appeler leur attention sur les écoulements dont elles sont atteintes; il est vrai, fait remarquer l'auteur, qu'elles ne lisent point d'ouvrages de médecine! La fonction utérine est tout chez la femme!

Les dispositions anatomiques, elles aussi, concourent à empêcher les rapprochements avant une certaine époque; puis vient la grossesse qui agit durant un temps déterminé, éloigne de nouvelles excitations qui pourraient devenir funestes.

Une différence si grande dans les rôles amène des malentendus dans la société. La femme ne peut comprendre cet assouvissement charnel; l'homme s'étonne qu'elle reste insensible au plaisir de l'amour et se sent blessé de cette indifférence. Aussi le même acte est-il jugé différemment dans les deux sexes, ce qui pour l'un est la partie essentielle, pour l'autre n'en est plus que le corollaire.

L'auteur déclare en terminant qu'en traitant un pareil sujet il a pour but de faire jaillir la lumière dans les esprits et surtout d'amener la paix dans les ménages.

—M. le docteur Henry Blanc, à propos de la communication de M. Diday, donne quelques renseignements très-curieux et peu connus sur certains peuples de l'Afrique.

Les Somalis qui habitent la côte Nord-Est de l'Afrique, pratiquent l'opération suivante: Dans le premier mois qui suit la naissance des petites filles, les petites lèvres, très-développées dans cette race, sont enlevées, laissant une large surface saignante, des deux côtés, et qui est mise en contact et maintenue par des bandages qui entourent la partie inférieure, du tronc et des cuisses, un morceau de plume est inséré à la partie inférieure, de manière à éviter la réunion des surfaces en cet endroit, et permettre plus tard l'écoulement des règles jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans, époque nubile, les enfants n'ont pas de vêtements, et l'on n'aperçoit aucune trace des organes génitaux, la réunion est toujours si parfaite que la peau environnante semble se continuer sans solution aucune d'une cuisse à l'autre. Quand le mariage a lieu, la fiancée est examinée soigneusement par les parentes du fiancé, et l'union n'a lieu que si la peau qui recouvre le vagin est bien intacte. Quand le fiancé est jeune, il doit enfoncer cette épaisse cloison et comme les Somalis ont un pénis énorme et qu'ils sont en même temps très-robustes, en général, ils parviennent au but sans trop de difficulté; mais si l'âge a fait diminuer la puissance érectile du pénis, l'homme se sert pour se frayer un chemin d'une bague que presque tous portent à cet effet et dont la pierre est tranchante d'un côté; mais il faut qu'ils s'y prennent avec adresse, car de tels subterfuges sont considérés comme très-honteux et rendent celui qui s'en sert ouvertement un objet de ridicule et de risée.

Les femmes Somalis n'ont pas de sentiment génésique; elles sont froides et n'éprouvent aucune excitation durant la copulation. Quelques-unes, qui n'ont pas été opérées, suite de négligence des parents, se livrent à la prostitution de bonne heure et sont très-érotiques; aussi sont-elles préférées, par les Somalis qui les traitent avec beaucoup de considération.

Les Abyssins qui vivent sur les plateaux dont les Somalis habitent les plaines s'étendant au pied des monts du Shoa à la mer, circoncisent leurs enfants le huitième jour après la naissance. Chez les filles, cette opération consiste en une ablation du clitoris, en laissant intacte les petites et les grandes lèvres. Autant les femmes Somalis sont ignorantes des plaisirs de l'amour, autant les femmes Abyssiniennes sont lascives et semblent ne vivre que pour la sensualité. La langue Abyssinienne a toute une série d'expressions pour parler le langage de l'amour physique, et la copulation chez les femmes dépourvues de clitoris est passée a l'état de science.......................

.....Chez les Abyssins encore plus que chez les Somalis, la prostituée est considérée. Ce n'est pas dans le pays une honte de se livrer à la prostitution; au contraire, quand les femmes se prennent de querelle, leur plus sanglante injure consiste à accuser leur rivale de n'avoir pas d'amants.

Est-ce une question de race? non, car les Somalis dont les petites lèvres n'ont pas été coupées sont très-érotiques et les Abyssiniennes le sont à un degré très-élevé malgré l'absence du clitoris. — Le siége des sensations voluptueuses serait, on le voit, d'après l'auteur, les petites lèvres et non le clitoris.

—M. le docteur J. Gayat expose ses *Expériences et interprétations nouvelles relatives à la régénération du cristallin.* L'em-

ploi de la balance comme moyen de contrôle donne à ses recherches cette précision indispensable surtout lorsqu'il est question d'organes aussi minimes. La méthode consiste à comparer la somme des poids du cristallin extrait et du cristallin reproduit avec celui de la lentille de l'autre œil demeurée intacte chez l'animal servant à l'expérimentation. Environ 30 milligrammes représentent la différence en plus ou en moins obtenue par cette expérimentation. D'après lui, ce que jusqu'alors on donnait comme un cristallin de nouvelle formation ne serait antre chose que le complément du développement cristallinien acquis chez l'animal dont la lentille avait été extraite avant l'entière évolution de cet organe. L'auteur fait observer que ces résultats, en opposition avec ceux qu'ont obtenus ses devanciers, concordent d'autre part avec l'observation clinique. *(A suivre)*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 *août*. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le PRÉSIDENT, annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses plus anciens membres, M. Ossian Henry, élu en 1829.

M. BELHOMME donne lecture de son travail intitulé : *Importance des Etudes physiologiques et philosophiques sur les progrès de la sociologie*. Après lui M. CHAIROU communique les observations qu'il a faites sur *les blessés par brûlures*, de la récente catastrophe de Rueil.

M. DEMARQUAY a eu récemment dans son service un cas de *mort instantanée par embolie à la suite d'une fracture de jambe*; il montre les pièces anatomiques à l'appui. Voici le fait : Il y a cinq semaines, une femme de 35 ans dansait, lorsque tout-à coup elle éprouva une vive douleur dans la jambe ; elle voulut s'arrêter, mais son danseur continua à l'entraîner rapidement. Après la danse, la douleur devenant de plus en plus forte un médecin fut appelé et constata une fracture de jambe, avec un épanchement interne considérable. Elle fut transportée à l'hôpital où on lui mit un appareil Scultet. Le 10e jour on allait mettre un appareil silicaté lorsque la malade déclara qu'elle avait passé une mauvaise nuit, qu'elle avait eu des étouffements. On remit l'appareil de Scultet en ayant soin de ne pas le serrer. Le 30e jour, la malade allait bien et se préparait à sortir lorsque le lendemain au moment de faire sa toilette, elle mourut si instantanément que la garde qui était auprès d'elle ne s'aperçut de rien. L'autopsie fut faite. On trouva au-dessous des colonnes charnues dans le cœur droit un énorme caillot qui remontait jusque dans l'artère pulmonaire et ses ramifications, des noyaux emboliques dans les lobules du poumon. Au siége de la fracture, la tibiale postérieure très-gonflée, contenait un caillot peu adhérent se prolongeant dans l'artère poplitée. Il n'a pas été possible de faire parfaitement l'autopsie et de rechercher jusqu'où remontait le caillot.

M. BRIQUET a vu à la Charité une femme de 30 ans qui était entrée pour une phlébite à la suite de varices ; elle allait très-bien lorsqu'un matin en se mettant sur son séant, elle ressentit une vive douleur dans la poitrine, poussa un cri et ne tarda pas à mourir au milieu d'atroces douleurs. A l'autopsie on trouva un caillot qui remontait le long des veines fémorale et iliaque externe, jusqu'à l'iliaque primitive où on constatait une trace évidente de rupture : la partie détachée du caillot fut trouvée oblitérant l'artère pulmonaire.

M. LARREY demande à M. Demarquay, si dans le cas qu'il vient de rapporter, il n'avait pas recherché l'existence de varices profondes gênées par l'appareil de fracture.

M. DEMARQUAY n'a pas vu de varices, il pense que la formation du caillot doit être attribuée à l'épanchement considérable qui existait encore autour de la fracture au 31e jour. Il se rappelle avoir soigné avec Trousseau, une dame qui, par suite de couches, avait des lésions très-graves des organes contenus dans le bassin, il était survenu une phlegmasia alba dolens. Chaque jour, les pansements étaient faits avec les plus grandes précautions. Un matin, l'aide qui tenait, pour l'élever, la jambe malade sous le talon, la laissa par inadvertance retomber sur le lit par son propre poids, aussitôt la malade perdi connaissance et mourut. On constata en même temps qu'un caillot qui se trouvait sur la veine fémorale avait disparu, évidemment il y avait eu embolie.

M. BOURDON cite deux faits analogues, survenus également chez des femmes en couches. Toutes deux ont guéri, mais elles ont pendant très-longtemps gardé une assez forte oppression. L'une d'elles a eu des hémoptysies.

M. DEPAUL a aussi constaté deux cas d'embolie, suivis de guérison chez des femmes en couches. L'une d'elles allait très-bien lorsqu'à la suite d'un mouvement un peu violent pour se retourner dans son lit, elle devint mourante : on constata de l'oppression, de la cyanose, un souffle au cœur; ces phénomènes qui allèrent en diminuant progressivement persistèrent 12 jours, puis la malade fut guérie. Velpeau qui avait été appelé en consultation avait diagnostiqué une embolie. Dans le premier cas que M. Demarquay a rapporté il ne semble pas qu'il y ait eu embolie le caillot à dû se former sur place.

M. DEMARQUAY, en effet les caillots qu'on trouve dans la cavité droite du cœur, ceux qui se prolongent dans les ramifications de l'artère pulmonaire sont dus à un travail postérieur, mais le caillot migrateur est celui qu'on trouve dans l'artère pulmonaire même, il est d'une couleur bien plus vive que les autres et se trouve pour ainsi dire enclavé entre eux.

M. MOUTARD-MARTIN, rapporte un cas d'embolie suivie de guérison qu'il a observé chez une femme en couche âgée de 28 ans, atteinte de phlegmasia alba dolens. Croyant la soulager, la garde lui faisait avec la main des frictions sur les membres inférieurs; tout-à-coup la malade perd connaissance, s'agite et devient cyanosée. Un médecin appelé arrive constate les phénomènes précédents et trouve un pouls filiforme. Au bout de 3 jours guérison. Quatre jours après à la suite d'un mouvement au lit, les mêmes accidents reparurent, mais très atténués et ne durèrent que quelques heures. Après 15 jours la guérison fut complète. Ne pourrait-on pas de ces faits conclure que les accidents produits sont en rapport avec la grosseur du caillot, mortels, très-graves et très longs, lorsqu'il est volumineux ; bénins et de peu de durée lorsqu'il est petit ? G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 *mai*. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Enfant de 17 mois, né de mère tuberculeuse, et atteint lui-même de tuberculose généralisée (pneumonie caséeuse et granulation tuberculeuse.) Tubercules de la rate, des reins, des intestins, des ganglions. Epanchement purulent pleural droit, consécutif à caverne, ulcérée dans la plèvre.

Observation recueillie par le docteur H. LIOUVILLE, chef du laboratoire à la clinique de M. le professeur BEHIER.

M. H. LIOUVILLE, présente des pièces concernant un jeune enfant, entré le 16 janvier 1873, âgé d'un an, à la crèche de la clinique de M. le professeur BEHIER, (Hôtel-Dieu) et mort le 24 mai 1873.

L'observation peut être ainsi résumée : L'enfant est frêle ; depuis sa naissance, qui n'a rien offert de spécial, il ne progressait que peu et il a toujours été de plus en plus chétif; mais il faut ajouter de suite, que s'il est né d'une mère tuberculeuse, atteinte de pneumonie caséeuse, réveillée par la grossesse et la lactation, il a paru surtout se ressentir du séjour obligé où on a été de le laisser à l'hôpital, dans une crèche de la salle Saint-Antoine et l'on sait quelles tristes conditions il y a là, pour le développement d'un enfant, fût-il de la plus vigoureuse constitution.

Il présentait en effet des troubles variés, indiquant la faiblesse générale : débilité, amaigrissement, pâleur des tissus; et aussi en raison de la mauvaise qualité de la nourriture, diarrhée, vomiturition et vomissements; enfin des signes de bronchites répétées, qui contribuaient à la détérioration progressive, se compliquèrent de troubles thoraciques plus intenses, avec dyspnée, cyanose, et peut-être asphyxie et amenait la mort le 24 mai 1873.

AUTOPSIE faite le 26 mai 1873. — Aspect cadavérique prononcé. Ecoulement purulent par l'oreille droite. Tout le côté droit de la poitrine est bombé et présente une différence assez

notable avec l'autre côté. La peau à ce niveau est un peu rouge. Tout ce côté droit de la poitrine est rempli d'une énorme quantité de pus verdâtre bien lié que l'on peut apprécier à 500 grammes environ. De ce même côté on voit que le poumon est assez fortement refoulé en arrière et que la plèvre est tapissée dans toutes ses parties pariétales et viscérales d'une sorte de gâteau mamelonné, jaune verdâtre, montrant un épaississement considérable et des végétations très-nombreuses de cette séreuse. On a tout à fait sous les yeux la membrane puriforme et végétante de la coque interne d'un abcès.

Lorsque le pus a été évacué, on a pu mieux observer toute cette face interne de la séreuse, et l'on voit vers la partie postérieure près de la colonne vertébrale, à mi-hauteur du poumon, une large ulcération béante à bords indurés, mousses de couleur jaune rougeâtre. Cette ulcération, qui mesure 2 1/2 centimètres en longueur, 1 1/2 centimètre en largeur, communique directement avec une ulcération du poumon lui-même, et l'on voit par cette ulcération une anfractuosité, au fond de laquelle se voient des végétations puriformes, mamelonnées, tapissant d'une façon irrégulière et formant par places comme des anfractuosités nouvelles dans l'excavation signalée.

Le poumon, fortement réduit de volume, de plus du cinquième, comparé à l'autre côté, présente un état d'induration spécial. Il est carnifié, tassé, et à la coupe dans quelques points, on distingue des grappes de granulations tuberculeuses de couleur gris rose. D'autres fois c'est par ilôts que l'infiltration tuberculeuse se remarque. Quelquefois ces ilôts ont une coloration jaunâtre et ressemblent tout à fait à des points de pneumonie caséeuse. Les bronches participent, dans certaines parties de ces dégénérescences tuberculeuses et dans un point on distingue une véritable ulcération de la bronche entourée d'une zone jaunâtre caséo-puriforme. Or, par cette ulcération un stylet arrive jusqu'au milieu de la caverne par un pertuis existant au niveau d'une des petites masses mamelonnées que nous avons signalées dans l'excavation. Par un autre point d'une extrémité d'une bronche plus petite, le stylet arrive également jusque dans l'excavation, par un autre mamelon perforé. Il s'agit donc bien là d'une destruction de la face externe et d'une partie du poumon, formant une caverne, comme à la suite de quelques pneumonies caséeuses. De plus, il y a eu communication avec la plèvre, pleurésie purulente, agrandissement de l'ulcération pneumo-pleurale et modification considérable de la séreuse. Toutefois les communications avec les voies aériennes, bronchiales et bronches paraissent avoir été peu directes, car il n'y avait pas de pus bien évident dans la trachée ni la bronche droite au moment de l'autopsie. De nombreux ganglions existent dans les médiastins. On les retrouve le long des divisions bronchiques et tous ont subi une altération analogue comme aspect à celle du poumon. C'est-à-dire granulations grisâtres, isolées et par grappes, infiltration jaune caséeuse, ulcération de quelques points de cette inflammation spéciale.

Le poumon gauche, qui offre un volume considérable, montre dans quelques points des zones emphysémateuses. A la coupe on trouve des granulations tuberculeuses, isolées et par grappes. Quelques-uns de ces groupes ont de la tendance à se caséifier, mais il n'y a de ce côté ni ulcérations, ni cavernes, et nulle communication avec la plèvre. Du côté de la séreuse, on distingue quelques adhérences, face postérieure et partie interlobaire.

Rien dans le *cœur*. — *Foie* volumineux. Granulations tuberculeuses et petites infiltrations de même nature. — *Rate* très-volumineuse. Granulations tuberculeuses disséminées dans divers points de son étendue, de la grosseur d'un grain de mil, les unes jaunâtres, les autres entourées d'un petit cercle rougeâtre. — *Reins*. Petites granulations tuberculeuses. — *Intestin*. Granulations tuberculeuses.

M. Liouville, cherche à relever deux points surtout parmi les particularités intéressantes de cette observation : 1° Tout d'abord, la rareté de ces cavernes pulmonaires, chez un enfant aussi jeune (17 mois) ; et surtout le peu de fréquence aussi, des pleurésies suppurées à cet âge, même par le mécanisme qui semble avoir présidé ici à cette complication.

2° Le second point concerne l'hérédité. Dans ce cas, en effet, tout porte à penser que c'est bien à une cause héréditaire, qu'est due la tuberculose profonde, dont l'enfant offrait les signes, presque dès sa naissance et dont à 17 mois. les lésions étaient si manifestement accusées — et dans les points les plus différents du corps. Déjà, nous avons eu occasion de rechercher à la crèche de l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le professeur Béhier, la filiation possible des manifestations tuberculeuses, et en 1871-1872, nous en relatons des observations, déjà nombreuses, et qui nous paraissent très-concluantes.

Les symptômes du côté de l'*intestin* s'accusaient souvent avec le plus d'intensité, et les premières fois bientôt les troubles thoraciques s'accentuaient, et nous avons pu relever, dans les cas les plus complets, une tuberculose si profonde et si généralisée, que presque tous les viscères en étaient atteints, et c'est dans ces cas là, que nous avons constaté ces faits de méningite, intra-spinale, de nature tuberculeuse, dont nous avons présenté les pièces à la *Société anatomique* et à la *Société de Biologie*.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE (1)

VI. Etude sur les avantages de l'allaitement maternel
Par le Dr VERRIET-LATARDIÈRE (2).

Le titre de cette thèse pourrait être un peu différent, car le seul but de l'auteur est de montrer que la femme qui n'allaite pas est beaucoup plus exposée aux affections utérines que celle qui allaite. Scanzoni, Aran, Nonat, Churchill, Bouffier avaient déjà exprimé cette opinion, en l'expliquant de façons différentes, que le non établissement ou la suppression de la lactation déterminaient fréquemment le développement de métrites aiguës ou chroniques. Se rattachant en cela aux idées émises par M. Courty M. le docteur Verriet-Latardière pense que le retour trop rapide de la menstruation est dans ces cas la principale cause des inflammations de l'utérus.

Depuis les recherches de Wieland, Robin et Kölliker il est prouvé que les tuniques muqueuse et musculeuse de l'utérus ne sont revenues à leur état normal que deux ou trois mois après l'accouchement. L'involution utérine est alors complète. Si la femme allaite, l'évolution rétrograde de l'utérus pourra s'accomplir sans encombre; si la femme, au contraire, n'allaite pas on verra survenir au bout de quarante jours environ une congestion ovarique, symptôme précurseur de la menstruation, accompagnée bientôt d'une congestion utérine. Or, ni la tunique musculeuse ni la tunique muqueuse ne sont encore complétement régénérées à cette époque : au travail physiologique en train de s'accomplir viennent se joindre les phénomènes congestifs de la menstruation, phénomènes congestifs qui, non-seulement sont une cause perturbatrice mais qui peuvent être encore la source de bien des processus morbides.

On le voit pour l'auteur comme pour M. Courty, la suppression de l'allaitement agit surtout en permettant le retour trop rapide de l'ovulation. Quelques observations prises aux meilleures sources tendent à prouver la vérité de cette opinion.

VII. Des indications de l'hydrate de chloral dans l'accouchement, par A. PELISSIER (3). — **VIII. Etude sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans les accouchements et dans l'éclampsie**, par le Dr FRANCA Y MAZORRA (4).

De nouvelles recherches sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans les accouchements succèdent à celles déjà faites par MM. Lambert (d'Edimbourg), Kidd et Bourdon. Il a été le sujet de deux thèses passées devant la Faculté de médecine de Paris; l'une est dûe à M. le docteur Pélissier, l'autre à M. le docteur Franca. Ces deux mémoires paraissent avoir été en grande partie inspirés par le savant médecin de la Charité et la plu-

(1) Voir le n° 2 du *Progrès médical*.
(2) Adrien Delahaye. 1 vol. 67 pag. Paris, 1873.
(3 et 4) Paris, Adr. Delahaye, éditeur.

part des observations françaises qui y sont rapportées ont été prises dans son service.

Il paraît dès aujourd'hui admis par les auteurs que le chloral ne suspend en rien la marche du travail; les contractions utérines, quoique les malades soient sous l'influence du médicament, continuent à se montrer d'une façon régulière et puissante : souvent même loin de les suspendre, le chloral les active, les rend plus énergiques et facilite aiusi la terminaison plus prompte de l'accouchement. Des expériences faites par M. Pélissier sur des animaux confirment cette observation qui avait été faite par MM. Lambert et Bourdon; elles montrent que des doses, même considérables de chloral et capables de produire l'anesthésie la plus complète, n'ont aucunement influencé la contractilité des fibres lisses.

L'action du chloral est double, c'est un agent à la fois *hypnotique* et *anesthésique* : suivant la dose, comme l'ont démontré MM. Byssaon et Follet, il a une action soporifique faible ou une action soporifique énergique et impérieuse : il faut employer des doses plus considérables pour obtenir une action anesthésique avec perte complète de la sensibilité générale et la résolution musculaire : presque toujours chez les animaux la mort survient lorsqu'on atteint cette période. Voici l'effet produit par le chloral chez la femme en travail d'après M. Pélissier. « Après l'administration d'une dose suffisante, 4 à 5 grammes, on voit dans l'espace de dix minutes la femme être prise d'un besoin impérieux de sommeil. Disons en passant que nous n'avons jamais observé la période d'excitation dont parlent les auteurs. Bientôt la femme s'endort d'un sommeil calme, assez léger au début, devenant de plus en plus profond et accompagné d'une diminution notable dans l'intensité des douleurs, sans arrêt de travail; mais elle ne tarde pas à être éveillée par une contraction douloureuse, la femme pousse quelques plaintes, quelques cris même, suivant que la douleur se fait encore sentir plus ou moins vive, et bien avant que la contraction n'ait complètement cessé, ce dont il est facile de s'assurer en tenant la main sur l'abdomen, on voit la femme se remettre à dormir aussi profondément que si elle ne venait pas d'être éveillée. Cet état varie en durée et en intensité avec le tempérament, avec la susceptibilité de la malade et la dose du médicament employée. Enfin, je dois encore faire observer que ce sommeil, même dans les cas où il s'est montré le plus profond, n'est jamais tellement prononcé que l'on ne puisse éveiller la femme et réclamer d'elle la participation qui est parfois nécessaire à l'accomplissement de la fonction.... Ainsi donc : 1° comme hypnotique, le chloral ne connaît pas de rival; 2° il peut amoindrir, émousser la douleur, mais il ne la supprime que d'une façon exceptionnelle.»

Enfin manié d'une façon sage et prudente, le chloral est d'une innocuité absolue, aucun accident résultant de son emploi n'a encore été signalé en France. « En raison de cette innocuité dit l'auteur, on peut l'administrer avec avantage contre les douleurs de l'accouchement naturel, particulièrement chez les primipares, pour calmer l'excitation qui résulte de la douleur et supprimer les préoccupations qui le plus souvent accompagnent le travail. Il convient de l'employer chez les femmes nerveuses, irritables, redoutant les douleurs de l'accouchement. Les opérations obstétricales réclament absolument l'emploi du chloroforme. Le chloral ne conviendrait qu'autant que la période d'excitation se montrerait très-douloureuse ou encore pour diminuer l'agitation qui succède à l'opération. » Les contre-indications à l'emploi de ce médicament sont les affections cardiaques ou des gros vaisseaux, du poumon, du cerveau, et tous les états qui peuvent entraîner la syncope.

On administre le chloral en potion au vingtième, 5 grammes d'hydrate de chloral étant dissous dans 100 grammes d'eau distillée ou de sirop de sucre : chaque cuillerée représente ainsi 1 gramme de chloral. On donne une première dose de 2 grammes, au bout d'une demi-heure une seconde dose de 1 gramme s'il n'y a pas d'effet produit, et on continue à donner un gramme toutes les demi-heures. 4 ou 5 grammes suffisent en général; on peut sans danger atteindre la dose de 7 à 8 grammes.

Le travail de M. le docteur Franca qui avait précédé du reste celui de M. Pélissier n'en diffère, en ce qui concerne l'accouchement simple, que sur les points suivants : 1° Ayant vu le chloral employé comme hypnotique dans beaucoup de maladies du cœur et de la poitrine, M. Franca ne croit pas que les affections de ces organes doivent en empêcher l'administration. 2° Pour lui l'anesthésie procurée par le chloral peut-être assez complète pour que la femme soit totalement inconsciente même pendant la période d'expulsion. 3° Il croit que le chloral peut avantageusement remplacer le chloroforme dans presque tous les cas où celui-ci est employé en obstétrique. On ne trouve pas, nous devons le dire, daus les faits de M. Franca la démonstration bien évidente de ces deux dernières propositions.

L'auteur rapporte de plus un certain nombre d'observations d'éclampsie dans lesquelles le chloral a été efficacement employé soit seul, soit conjointement à d'autres médications. Il serait même un préservatif contre cette maladie. Dans les cas de convulsions, on doit commencer par donner l'hydrate de chloral à la dose de 4 grammes, si on veut obtenir immédiatement le calme et le sommeil. Enfin, l'hydrate de chloral paraît aussi avoir, dans certaines circonstances, favorisé la guérison rapide de la manie puerpérale. P. Budin.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

CORRESPONDANCE.

Le choléra à Munich, à Vienne et dans l'Allemagne du Nord.

Vienne, 24 août 1873.

A *Munich*, où nous avons signalé, il y a 2 semaines, l'apparition du choléra, l'épidémie a pris une certaine extension ; on en jugera par les chiffres suivants :

Le 8 août,	19	cas nouveaux	et 7	décès ;
9 —	9	—	8	—
10 —	24	—	5	—
11 —	38	—	»	—
12 —	27	—	5	—
13 —	27	—	14	—
14 —	28	—	8	—
15 —	25	—	13	—

Dans la garnison, 9 cas se sont déclarés depuis le commencement de l'épidémie, et 2 ont été mortels. — Il est intéressant de noter que la maladie ne sévit pas seulement sur les classes pauvres; déjà même, elle a frappé quelques personnes haut placées. — Le comité d'hygiène publique a pris les mesures les plus énergiques : création d'un hôpital spécial, uniquement réservé aux cholériques, et, dans chaque quartier, des « postes médicaux » que l'on reconnaîtra la nuit à une lanterne rouge. On avait proposé, au sein du comité, de procéder à une désinfection générale de toutes les maisons de la ville, mais cette proposition a été écartée à une grande majorité ; on se bornera à employer les désinfectants dans les maisons où se sont déclarés des cas de choléra. — Ajoutons enfin que Munich possède une maison mortuaire où sont transportés immédiatement tous les cadavres de la ville ; (les étrangers, seuls ont le droit de se soustraire à cette mesure générale). Pour ceux qui ont vu de près ce qui arrive dans les classes pauvres lorsqu'un décès survient dans une famille habitant *une seule chambre*, l'existence de pareils établissements paraîtra un grand bienfait; il semble inutile d'insister sur les avantages considérables qu'ils présentent en temps d'épidémie.

A *Vienne*, le choléra ne cesse pas d'être inquiétant; à l'hôpital général il semble, depuis quelques jours, prendre un caractère épidémique plus accentué qu'il n'avait eu jusqu'alors; ainsi 8 infirmiers ou gens de service ont été atteints et sont morts. A part le choléra, l'état sanitaire des hôpitaux ne

serait pas mauvais du reste, car le nombre des malades qui y sont actuellement en traitement ne dépasse pas 2,998. — Voici quelques chiffres qui donneront une idée de la marche du choléra à Vienne.

Du 13 au 14	se sont déclarés	76	cas nouveaux
14 — 15	—	48	—
15 — 16	—	71	—
16 — 17	—	36	—
17 — 18	—	53	—
18 — 19	—	59	—
19 — 20	—	58	—

Quant aux décès la proportion est assez grande; le 22 août, il y a eu 31 morts, dont 5 dans les hôpitaux. On ne semble pas se préoccuper outre mesure de cet état de choses: Ainsi, la plupart des médecins de l'hôpital *sont partis en vacances* laissant leurs services à leurs assistants!

La question du choléra est déjà mise à l'ordre du jour du 3me *Congrès médical international* qui doit se tenir à Vienne du 1er au 8 septembre, et où non-seulement les divers états doivent avoir des représentants, mais où encore un grand nombre de sociétés savantes doivent envoyer des délégués. On connaît déjà les médecins de divers pays qui assisteront aux séances du congrès; voici les noms les plus marquants: docteur Eulenberg (Prusse), professeurs Crocq et Warlemont (Belgique), docteur Jaccoud (Paris), professeur Wislocky (Russie).

Il nous reste, pour terminer, à dire un mot des nouvelles désespérantes qui nous arrivent de l'Allemagne du Nord. D'après une correspondance de Lemberg, datée du 21 août, le choléra aurait à Rolsatyn une intensité et une gravité inouïes: un grand nombre de malades succombent en 2 ou 3 heures. On compte jusqu'à 15 décès par jour dans les plus petits villages.

L. E. D.

Le Choléra à Rouen.

Rouen, le 26 août.

«...Le choléra a fait son apparition à Rouen au commencement du mois. Il parait positif qu'il venait du Hâvre. Voici le relevé des certificats de décès de la ville du 4 août au 25 :

Choléra. . . .	64.	Affections cholériformes. . . .	15.
Cholérine . . .	30.	Autres affections intestinales.	52.

» Il y a eu, à l'Hôtel-Dieu, 41 entrées pour cause de choléra et 17 décès; à l'Hospice général, 33 entrées et 22 décès.

» J'entends dire qu'il y a des cas de choléra à Sotteville, Quevilly, Darnetal, Mesnil-Esnard, enfin dans tous les environs, mais je n'ai pas vérifié le fait, tandis que j'ai eu la preuve personnelle du choléra à Rouen....»

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux par le docteur A. Mayaud. In-8 de 50 pages. Paris, chez Delahaye.

L'auteur passe en revue les différentes classifications des accidents syphilitiques en général. Toutes montrent le processus syphilitique marchant de la périphérie au centre. Il les rejette comme contraires à l'observation clinique. Puis s'appuyant sur les caractères assignés aux syphilides par MM. Bazin et Hardy (syphilides exanthématiques, syphilides circonscrites et ulcéreuses), ils les divise en accidents secondaires et tertiaires et cherche à démontrer que cette division est applicable aux manifestations syphilitiques du système nerveux.

Après un court résumé historique M. le docteur Mayaud passe à l'étude des accidents nerveux secondaires. Successivement il étudie la céphalée, les névralgies, différents troubles de la sensibilité, anesthésie, analgésie, hyperesthésie, les paralysies, qu'il appelle secondaires, et arrive à la propriété qu'on accorde au virus syphilitique de réveiller certaines névroses notamment l'hystérie, l'épilepsie; phénoméne remarquable puisque, en d'autres circonstances, il agit inversement sur le système nerveux qu'il déprime en plongeant le malade dans la torpeur et l'engourdissement.

La description de la fièvre syphilitique termine ce premier chapitre. Il fauf, dit l'auteur, la considérer comme un phénomène essentiellement nerveux, commun aux manifestations secondaires cutanées et nerveuses et devant par cela même servir de signe différentiel entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

Dans la seconde partie, M. Mayaud étudie la période tertiaire ou période des productions gommeuses. Il considère ces accidents, d'après M. Lancereaux, comme pouvant se rapporter à trois types: 1° paralysie ; 2° démence; 3° vertiges, attaques épileptiformes. Après avoir cité des observations à l'appui de cette distinction, il expose l'anatomie pathologique des différents accidents étudiés et arrive au diagnostic. A ce propos, il passe en revue les différentes maladies (hémorrhagie, tumeurs cérébrales, tubercules, cancers) qu'on pourrait confondre avec les accidents syphilitiques. Il examine ensuite le pronostic des accidents et indique quel est le traitement qui leur convient. Enfin il conclut en disant que les maladies syphilitiques du système nerveux sont en tout comparables aux syphilides cutanées. Dans l'un et dans l'autre cas les accidents secondaires et tertiaires diffèrent par la marche, la durée, la symptomatologie et surtout par la terminaison.

Le mémoire de M. le docteur Mayaud, qui lui a servi de thèse inaugurale, est basé sur de nombreuses observations; dix sont insérées dans le texte. En rassemblant les faits encore peu connus de syphilides du système nerveux, et en essayant de montrer les lacunes qui existent encore sur cette question, l'auteur a fait un travail non-seulement intéressant mais encore utile, et qui sera, croyons-nous lu et consulté avec fruit.

G. du Basty.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Du 16 au 22 août, 847 décès : Rougeole, 13 ; — scarlatine, 6 ; — fièvre typhoïde, 14 ; — Erysipèle, 7 ; — bronchite aigue, 17 ; pneumonie, 27 ; dyssentérie, 3 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 52; choléra nostras, 1 ; — angine couenneuse, 5 ; — croup, 5 ; — affections puerpérales, 6.

Londres. — Du 10 au 16 août, 1608 décès : Rougeole, 32 ; scarlatine, 16 ; fièvre typhoïde, 25 ; dyssentérie, 2 ; — diarrhée, 405 ; — choléra nostras, 17.

Bruxelles. — (185,000 hab.) Du 3 au 9 août, 109 décès. Entérite et diarrhée, 39.

Choléra. *Belgique*. D'après le bulletin des décès publié par le *Scalpel* il y aurait eu à Liége, du 11 au 18 août, 12 cas de choléra.

Suède. — Le choléra continue à faire des victimes dans la partie méridionale de la Suède. A *Hagances*, en Scanie, l'épidémie a emporté, le 17 août, 7 personnes, et le 18, le nombre des décès a été de 4. On a également constaté, la semaine dernière, à *Helsinborg*, un cas de mort occasionné par le choléra.

Prusse.—La commission allemande du choléra travaille très-activement à Berlin, dit le *Temps*; après l'achèvement de ses travaux que l'on attend pour cette semaine, M. le professeur Hirsch, l'un de ses membres se rendra dans le bassin de la Basse-Vistule pour faire une enquête personnelle de Thorn à Dantzig sur la marche qu'a suivie le fléau dans cette contrée.

Turquie. — Quant à l'action du choléra à l'Orient de l'Europe, on écrit du Bas-Danube à la *Gazette de Carlsruhe* que le fléau a enlevé à Chumla (Turquie) 1,184 personnes du 2 au 31 juillet.

Roumanie. — Voici, d'après le journal officiel de la Roumanie, le mouvement du choléra dans ce pays du 13 au 18 août : malades anciens 203 ; — nouveaux, 529 ; — total 732. Ils se répartissent ainsi : morts, 162 ; — guéris, 279 ; — en traitement, 291. La plus grande mortalité a été constatée à Ibraila, ville située sur le Danube et ayant 40,000 habitants environ. En trois jours il y a eu 16 décès sur 40 malades.

Havre. — La *Gazette hebdomadaire* publie les renseignements suivants sur l'apparition du choléra au Hâvre : Les renseignements qui nous arrivent du Hâvre laissent peu de doutes sur l'apparition du choléra dans cette ville.

Plus de 20 malades ont déjà succombé à l'hôpital en présentant les symptômes les plus caractéristiques, tels que refroidissement, vomissements abondants, selles tenant en suspension des flocons muqueux, cyanose, crampes, etc. En ville, la mortalité a été également considérable, mais nous n'avons pas de statistique précise.

Le 16 août, 8 militaires atteints de cette affection ont été amenés de la caserne à l'hôpital, et 3 sont morts dans la même journée. Ils n'ont été malades que quelques heures, et peuvent être considérés comme ayant succombé à des attaques foudroyantes. Du reste, dans tous les cas funestes, la durée de la maladie n'a pas dépassé trente ou quarante heures. Le 20 août, onze malades, dont sept militaires, étaient en traitement à l'hôpital.

En somme l'épidémie ne fait pas de progrès, on pourrait même dire qu'elle tend à diminuer depuis deux jours.

En ville, il est peu de praticiens qui n'en aient observé quelques cas. M. le docteur de Fretz-Crassier, médecin de l'hôpital, a eu à traiter quatorze malades atteints de cette affection. Ce qui en établit d'une manière irréfutable le caractère épidémique, c'est que, dans la même famille, 4 personnes ont succombé ; dans une autre, la mère et deux enfants en bas-âge sont morts en présentant des symptômes non douteux de choléra.

Ce qui explique le nombre des cas relativement considérables que ce praticien a eu l'occasion d'observer, c'est qu'il est médecin des bureaux de bienfaisance et qu'il voit beaucoup de malades appartenant aux classes pauvres et soumis à de mauvaises conditions hygiéniques.

Il y a plusieurs hypothèses pour expliquer la présence du choléra dans cette ville ; on affirme que la maladie aurait été apportée par un navire allemand, l'*Ammonia*, venant de Hambourg, où le choléra fait également d'assez nombreuses victimes. Cette version, quoique rationnelle, ne repose pas sur des données assez certaines pour être acceptées.

L'administration de l'hôpital a pris immédiatement les mesures nécessaires pour empêcher la diffusion de la maladie dans l'établissement. Des services spéciaux ont été ouverts, l'un pour les hommes, confié à M. le docteur Margueritte ; l'autre pour les femmes, confié à M. le docteur Déro.

Ces faits doivent être connus du public médical. Nous nous sommes décidés à les communiquer qu'après avoir reçu de notre correspondant une seconde note confirmative de celle qui nous avait été d'abord adressée.

Bibliothèques médicales. — L'*Alger médical* du 1er août publie une lettre des internes de l'hôpital civil d'Alger dans laquelle ces Messieurs annoncent qu'ils viennent de fonder à l'hôpital civil d'Alger, une bibliothèque médicale qui, d'après un règlement établi, devra rester la propriété exclusive de l'internat présent et futur. C'est avec plaisir que nous annonçons cette création nouvelle et nous ne saurions trop encourager nos lecteurs à contribuer à son développement.

Hygiène publique. — Une Commission du Conseil municipal visite actuellement les postes ou violons de Paris. — Il y en a environ 230.

Vacance médicale. — A céder immédiatement une clientèle, à Paris. Recette de 1872 : 17,500 fr., dont on peut justifier. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du journal, de midi à 4 heures.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *6, Rue des Écoles.*

Charcot (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpétrière recueillies par Bourneville. IIe série, 1er fascicule: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8° de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr ; pour les abonnés du *Progrès médical* 1 fr. 15 franco.

Librairie AD. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

Armaingaud. De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer. Mém. précédé d'une lettre de M. Littré. In.-8 de 24 pages. 50 cent.

Fleury (Ar. de). Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme. In-8 de 244 pages, avec planches. 6 francs.

Gambus (L). De l'alcoolisme chronique terminé par paralysie générale. In-8 de 68 pages. 2 francs.

Mauriac (Ch.) Etude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la sypilis. In. 8 de 50 pages. 1 fr. 50.

Mayaud (Alex.) Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 13 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 6 SEPTEMBRE 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an .... 16 fr.
Six mois .... 8 »

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES.— **M. RANVIER.**

Des ganglions lymphatiques (1).

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Historique. Il n'y a pas longtemps que l'on a des données un peu certaines sur la structure des ganglions lymphatiques. Les anciens anatomistes n'étudiaient ces organes qu'avec des injections faites ou bien avec du mercure ou bien avec des liquides colorés ; comme ce liquide injecté, soit par les canaux lymphatiques, soit par piqûre dans le ganglion lui-même, pénétrait dans l'organe et l'injectait, les uns, par exemple Albinus et Ruych, le croyaient composé d'un simple enroulement de vaisseaux lymphatiques ; d'autres, au contraire, lui attribuaient un tissu propre, et c'est pour cela qu'on nommait ces organes *glandes lymphatiques* (*Lymphdrüsen*), nom que les Allemands leur ont conservé. Le nom de ganglions que nous leur avons donné est plus récent et remonte à Breschet. Ce sont, en effet, les recherches de Breschet, de Lauth, et de Engel sur le développement des vaisseaux lymphatiques qui ont contribué à rendre du crédit à la première hypothèse, en démontrant que, dans leur origine, les ganglions ne sont que des réseaux admirables de vaisseaux lymphatiques. Cependant Bichat avait déjà posé la question autrement ; non content de faire des injections au mercure, cet observateur avait essayé sur les ganglions toute une série de réactifs ; il les avait traités par l'eau bouillante, par les acides, par les alcalis, etc., et de l'ensemble de ses expériences il conclut qu'il devait y avoir dans les ganglions un tissu propre interposé entre les vaisseaux. « Chaque glande lymphatique peut être considérée comme le centre de deux petits systèmes capillaires opposés, et qui s'anastomosent ensemble. Dans l'intérieur de ces glandes, ces rameaux très-flexueux, repliés sur eux-mêmes de diverses manières, occupent une grande partie du tissu propre de ces organes, que plusieurs ont cru, en conséquence, n'être autre chose que l'entrecroisement des absorbants, idée qui n'est point prouvée, puisque ce tissu n'est pas encore bien connu. » (Bichat. *Anat. Génér.* 1812, titre II, page 609).

On n'en continua pas moins à rester dans le doute sur la structure de ces organes et ce n'est guère que de 1850 que datent les premières recherches qui ont abouti sur ce point à quelque résultat positif. C'est en 1850 que Ludwig et Noll démontrèrent les premiers que les vaisseaux lymphatiques n'entrent pas tels quels dans le ganglion, mais qu'ils viennent s'ouvrir dans un système continu de cavités qui occupent toute l'étendue de la glande et dans lequel prennent naissance les vaisseaux afférents. — En 1853, Brücke en injectant du bleu de Prusse soluble dans l'intérieur des ganglions, confirma l'existence de ce système caverneux, mais il reconnut en même temps que ce système n'occupait pas toute la masse du ganglion ; à la périphérie, dans ce qu'il appelle la substance corticale, il vit des espaces arrondis dans lesquels l'injection n'avait pas pénétré et qu'il appela des *follicules*. Brücke arrivait ici à la démonstration complète de ce que Bichat avait avancé sans preuves anatomiques suffisantes, à savoir qu'il y avait dans le ganglion un élément interposé entre les canaux vasculaires. — Les recherches de Donders et Kölliker, entreprises en 1853, amenèrent un nouveau progrès dans la connaissance du tissu ganglionnaire. En pratiquant des coupes sur le ganglion durci et en le lavant dans l'eau, ces observateurs reconnurent que tout le tissu du ganglion était parcouru par un réticulum de travées plus ou moins fines s'étendant dans tous les sens. — Kölliker considéra ce réticulum comme constitué par des cellules étoilées, anastomosées, et donna au tissu le nom de *tissu cytogène*. Plus récemment, His en traitant les coupes de ganglion par le lavage au pinceau arriva à reconnaître plus exactement la nature de ce réticulum, à distinguer la substance folliculaire de la substance des voies lymphatiques ; en faisant des imprégnations

(1) Voir les nos 3, 4, 7 et 9 du *Progrès Médical*.

d'argent, il reconnut l'épithelium qui tapisse les follicules, et arriva à une notion à peu près exacte de la structure des ganglions. Les travaux de Frey, entrepris en même temps et indépendamment de ces derniers, le menèrent à des résultats analogues, bien qu'il ait adopté des noms différents pour désigner les diverses parties des ganglions. Nous n'entrerons pas ici dans le détail des faits découverts par ces auteurs; nous les confondrons avec ceux que nous avons découverts nous-mêmes dans la description que nous donnerons de la structure des ganglions.

Avant d'entrer dans l'examen des diverses méthodes à l'aide desquelles on reconnaît la texture des ganglions, l'arrangement et la structure de leurs éléments constitutifs, nous allons pour mieux faire comprendre leur disposition générale, en rapprocher certaines formes analogues parmi les tissus que nous avons déjà étudiés.

Lors de l'étude que nous avons faite du grand épiploon du lapin, nous avons attiré l'attention sur des taches laiteuses que l'on peut voir à l'œil nu par transparence sur cette membrane, tandis que partout ailleurs la membrane n'était composée que de travées fines de tissu conjonctif avec des fibres élastiques ; dans ces régions laiteuses se voyaient au microscope une artériole et une veinule avec leur réseau capillaire correspondant; dans les mailles de ce réseau se trouvaient en grand nombre de jeunes cellules qui donnaient à cette région son aspect laiteux. — Sur le grand épiploon du chien nous avons aussi fait remarquer que l'on trouve sur les plus grosses travées des amas arrondis ou fusiformes constitués par des cellules serrées les unes contre les autres et nourries par un réticulum de vaisseaux capillaires; parmi ces cellules les unes sont adipeuses, les autres présentent les caractères des cellules lymphatiques.

Chez le marsouin, le grand épiploon présente des travées anastomosées limitant de larges mailles et contenant des artères et des veines, des travées secondaires qui partent des premières et qui limitent des champs plus petits ; enfin un réticulum de fines travées connectives qui parcourent ces champs et dont le diamètre ne dépasse pas celui des fibrilles que nous étudierons bientôt dans le réticulum lymphatique.

Ces travées si fines, qui ne constituent que des fibrilles, sont cependant tapissées (de même que les travées plus considérables) par un épithélium dont on démontre l'existence par le traitement au nitrate d'argent et au picro-carminate, comme nous l'avons fait pour l'épiploon des mammifères. Les travées secondaires de ce réseau présentent en certains points des masses allongées ou fusiformes constituées par des amas de cellules lymphatiques dans un réseau capillaire; ces masses sont disposées à peu près régulièrement sur toute la surface du grand épiploon et sont l'analogue de celles que nous avons constatées chez le chien et des taches laiteuses de l'épiploon du lapin ; elles forment un type plus net, parce qu'elles sont disposées plus régulièrement. Avec ces travées de différents ordres, les plus grosses renfermant des vaisseaux, les plus fines réduites à la dimension de fibrilles et toutes tapissées d'un épithélium, avec ces masses de cellules lymphatiques disposées autour d'un réseau sanguin à côté des travées de second ordre, le grand épiploon du marsouin nous représente le type le plus simple du ganglion lymphatique: c'est, pour ainsi dire, un ganglion étalé en surface, sur un seul plan; les masses oblongues remplies de cellules représentent les follicules lymphatiques, la cavité péritonéale toute entière et les mailles de l'épiploon représentent les voies lymphatiques du ganglion et le réseau de l'épiploon correspond au réticulum des voies lymphatiques; ce réticulum n'en diffère qu'en un seul point, c'est qu'au lieu d'avoir toutes ses travées sur un seul plan, elles s'entrecroisent dans le ganglion dans des plans différents de manière à constituer un système caverneux complet; c'est en vue de cette analogie que nous avons noté avec une attention particulière la disposition que nous avons rencontrée dans le repli méso-péricardique du chien où nous avons vu une fibre en sautoir s'anastomoser avec d'autres fibres dans un plan différent du plan général; cette disposition nous fournit en effet une forme de transition entre le grand épiploon dont toutes les travées sont sur un seul plan et le ganglion où elles s'entrecroisent dans toutes les directions. Cette manière de considérer l'épiploon nous permettra de nous orienter plus facilement, dans la structure du ganglion, structure beaucoup moins compliquée que ne le ferait supposer la multitude des noms employés à en désigner les différentes parties et dont nous donnerons la synonymie à la fin de ce chapitre.

(A suivre).

CLINIQUE MÉDICALE

De la paralysie bulbaire progressive (*paralysie glosso-labio-laryngée*), et de ses rapports avec l'atrophie musculaire progressive,

Par **A. KUSMAUL** (1)

Telles sont les données anatomiques sur lesquelles se fonde la théorie de la paralysie bulbaire et de l'atrophie musculaire ; malheureusement cette théorie est moins satisfaisante au point de vue physiologique. Si la paralysie était toujours proportionnelle à l'atrophie musculaire, il serait facile d'admettre que toutes deux sont en proportion de l'atrophie des cellules nerveuses. Il en est bien ainsi dans les cas typiques et classiques d'atrophie musculaire progressive. Mais dans beaucoup de cas la paralysie et l'atrophie ne sont pas proportionnelles l'une à l'autre ; dans les observations de Charcot et de Duchenne-Joffroy, l'atrophie de la langue était à peine marquée ou nulle et contrastait avec la diminution considérable des cellules du noyau de l'hypoglosse. Il y a là contradiction apparente; de nombreux faits d'anatomie pathologique semblent indiquer que la nutrition des muscles dépend de ces cellules. Mais par contre la destruction de ces cellules n'est pas en rapport avec l'atrophie musculaire.

Il faut pour élucider la question de nouvelles recherches cliniques et physiologiques. On sait d'après les expériences d'Erb, Ziemssen et Mantegazza que les troubles trophiques des muscles dont les nerfs moteurs ne sont plus en communication avec les cornes antérieures correspondent à ceux qu'on observe dans la paralysie bulbaire et l'atrophie musculaire progressive. On sait en particulier pour la langue, par les expériences de Vulpian, que la section de l'hypoglosse produit dans les muscles linguaux les mêmes lésions que la dégénérescence des noyaux de l'hypoglosse, tandis que la section du nerf lingual ne produit pas les mêmes effets. Par contre, nous n'avons aucune recherche expérimentale destinée à déterminer exactement l'influence des centres moteurs médullaires sur la nutrition des muscles. Nous savons seulement que la section de la moelle peut amener la dégénérescence graisseuse des muscles (Scherschewsky), et une expérience de Vulpian prouve que la lésion intra-médullaire des filets du facial et du moteur oculaire externe peut produire l'atrophie

(1) V. [illegible]

des muscles correspondants. Il faut actuellement se contenter d'hypothèses pour suppléer à ces lacunes.

On rapportait autrefois ces troubles trophiques non à la la moelle mais au grand sympathique. Celui-ci a été trouvé atrophié dans trois cas d'atrophie musculaire progressive, une fois par Schneevogt, deux fois par Jaccoud. Mais dans les trois cas il y avait en outre atrophie des racines spinales antérieures et dans le cas de Schneevogt ramollissement de la moelle; de plus, depuis lors, on a souvent trouvé le grand sympathique et ses ganglions normaux dans l'atrophie musculaire et la paralysie bulbaire (Leyden, Hayem, Charcot, Maier) ; la lésion médullaire suffit donc à déterminer ces affections avec leurs troubles trophiques musculaires.

Brown-Séquard et Charcot ont émis l'idée que l'effet de l'atrophie des cellules nerveuses varie suivant qu'elle est ou non accompagnée d'irritation. L'atrophie simple n'amènerait que la paralysie, l'atrophie musculaire serait d'autant plus sûre et plus rapide que la destruction des cellules nerveuses dépendrait de processus irritatifs.

Duchenne et Joffroy admettent que les cellules nerveuses des cornes antérieures et des noyaux moteurs bulbaires sont de deux espèces, les unes motrices, les autres trophiques. Dans les cas d'atrophie musculaire simple, la lésion serait bornée aux cellules trophiques, dans le cas de paralysie linguale progressive sans atrophie, les cellules motrices seraient seules malades. Il est plus facile de critiquer ces hypothèses que de les remplacer par une interprétation meilleure.

On a dernièrement cherché à faire rentrer la paralysie bulbaire dans le cadre plus étendu de la « *paralysie progressive des nerfs crâniens* » (Benedict). Benedict décrit, sous ce titre, 17 cas observés en 4 ans et qu'il rapporte tous à une « névrite diffuse des nerfs crâniens ou de leurs noyaux. » Autant qu'on peut en juger d'après des observations incomplètes, on y trouve, à côté de quelques paralysies bulbaires ordinaires, toute espèce de formes complexes. Ce sont :

Des symptômes cérébraux initiaux variés (mélancolie, perte de connaissance et convulsions, contractures, etc.), précédant des paralysies subites ou progressives unilatérales ou doubles des moteurs oculaires communs et externes et des branches supérieures du facial avec paralysie de la déglutition ou de la parole, paralysie du nerf phrénique et d'autres nerfs spinaux, parfois même des convulsions et des mouvements choréiformes.

Dans ces dix-sept cas, Benedict ne paraît avoir observé d'atrophie qu'une seule fois, aux muscles de la main. Malheureusement aucune autopsie n'autorise le rapprochement de ces paralysies avec la paralysie glosso-labio-laryngée de Duchenne. Le doute est encore augmenté par le fait que dans cinq cas, très-différents du type classique, Benedict croit avoir amené la guérison par le galvanisme, tandis que les cas qui se rapprochent le plus du type uormal se sont tous terminés par la mort. Je crois donc qu'il ne faut pas confondre la paralysie bulbaire avec cette paralysie des nerfs crâniens de Benedict. Toutes les fois que la maladie est compliquée de surdité, de perte du goût, de névralgies faciales, de crampes toniques ou cloniques ; lorsque les muscles perdent rapidement leur excitabilité faradique ou que la marche de la maladie s'éloigne beaucoup du type normal par sa rapidité ou l'irrégularité des symptômes il faut uue grande réserve pour le diagnostic. Il existe déjà des cas d'erreur de diagnostic. Encore Balz a récemment publié (1872) un cas d'enchondrome de la base du crâne avec compression et hémorrhagie du bulbe et de nombreuses racines bulbaires qui fut pris à la Clinique de Leipsick pour une paralysie bulbaire ordinaire. On n'avait observé le sujet que peu de temps et on n'avait pas appris que la maladie avait débuté par des douleurs névralgiques d'un des trijumeaux avec des spasmes dans le domaine du facial et de l'hypoglosse. La langue était très-atrophiée.

Dans un cas observé par Voisin des épithéliomes siégeant sur l'arachnoïde et comprimant presque tous les nerfs bulbaires produisirent les symptômes d'une paralysie bulbaire, mais la paralysie de la parole et de la déglutition débutèrent subitement, le goût et l'ouïe disparurent et la respiration était gênée. — La syphilis paraît aussi produire souvent des formes de paralysie bulbaire qui diffèrent de la paralysie de Duchenne, en particulier en ce qu'elles guérissent par l'iodure de potassium comme l'ont montré deux observations de Cheaddle et Silver.

Chez les sujets hystériques il ne faut pas poser trop vite le diagnostic de paralysie bulbaire ; deux des malades guéries par Benedict étaient hystériques. — Enfin n'oubliez pas, Messieurs, que les paralysies de la parole et de la déglutition à différents degrés sont des phénomènes souvent observés dans les affections aiguës et chroniques du système nerveux. Vous n'avez le droit de parler de paralysie bulbaire que lorsque la maladie offre le tableau caractéristique qui a été tracé de main de maître par Duchenne et Trousseau.

(Trad. EXCHAQUET.)

PATHOLOGIE EXTERNE.

Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologiques des tumeurs urineuses et des abcès urineux (*Fin*) (1).

Par Henri **DRANSART**, interne des hôpitaux de Paris.

APERÇU HISTORIQUE ET DISCUSSION.

L'opinion de la transsudation sans crevasse nous paraît une idée purement théorique qu'il est bien difficile de justifier et qui n'est pas nécessaire pour l'intelligence des faits. M. Aribaud est de notre avis. Cet auteur cherche des preuves de la non transsudation de l'urine dans la marche et le mode de production de ces tumeurs.

Ces tumeurs apparaissent le plus souvent, sinon toujours, chez des individus atteints de blennorrhagie chronique ; elles se montrent alors que la miction n'est pas gênée du tout, elles grossissent, disparaissent ou bien suppurent. Dans ce dernier cas l'abcès, le plus souvent, s'ouvre à l'extérieur sans communication avec l'urèthre. Quelquefois cependant il y a communication avec le canal et l'urine passe. Cela se voit dans les circonstances suivantes : A côté de l'abcès non communiquant, très-souvent à peu de jours d'intervalle, on en voit apparaître un ou plusieurs autres qui, après avoir suivi une marche analogue, présentent le même volume, s'ouvrent ou sont ouverts et d'emblée contiennent du pus et de l'urine, ou après avoir donné écoulement à du pus seulement pendant quelques jours, laissent bientôt échapper de l'urine en quantité plus ou moins grande, et l'ouverture reste fistuleuse. Rien jusqu'à ce moment ne pouvait les distinguer des premiers.

Notre observation présente le type inverse. L'abcès siégeant au périnée a été de suite communiquant, l'urine s'est écoulée avec le pus ; l'abcès que nous avons trouvé dans la portion spongieuse à l'autopsie n'avait aucune communication avec le canal de l'urèthre, et si cette communication pouvait avoir lieu elle était du moins encore éloignée.

Quelquefois le malade n'a qu'un abcès et cet abcès suit la marche des derniers, ou bien après avoir présenté une de ces tumeurs, il s'aperçoit qu'il sort du pus par le canal ; on presse la tumeur et on s'assure qu'elle se vide en partie dans l'urèthre. L'abcès, encore loin de la peau, ne la perfore que plus tard.

Y a-t-il eu transsudation dans ces différents cas? — Inutile d'insister sur ce point. — Y a-t-il eu crevasse? Mais alors pourquoi cette crevasse s'est-elle refermée dans un cas et pas dans l'autre, ou même dans tous les deux? car ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que l'urine est apparue à l'ouverture. — On peut répondre que dans ce dernier cas la tuméfaction des lèvres de la crevasse empêchait le passage de l'urine.

Outre que cette tuméfaction n'est pas prouvée, M. Aribaud répond qu'il faut bien peu de place pour que quelques gouttes d'urine puissent traverser et M. Aribaud cite une observation où l'urine n'a paru que dix-huit jours après l'ouverture. On pourrait trouver bien des cas de ce genre et il suffit de jeter un coup d'œil sur notre observation

(1) Voir les nos 2, 4, 8, 10 et 11 du *Progrès médical.*

pour se persuader que le même fait aurait pu se produire au niveau de la tumeur signalée à l'autopsie à la partie postérieure de la région spongieuse. Il suffisait pour cela que le pus déjà collecté se fit jour à l'extérieur, on avait dès lors un abcès simple donnant issue à du pus seulement. Puis si le travail de mortification (1), qui se faisait des parties superficielles aux parties profondes, avait continué la muqueuse eût été elle-même intéressée au bout d'un certain laps de temps, et à ce moment l'urine serait venue se mêler au pus.

Donc pour conclure : M. Aribaud, par l'examen des faits cliniques, nous prouve que la théorie urineuse n'est pas possible, du moins dans la grande majorité des cas.

De notre côté nous venons donner à cette vue clinique une démonstration anatomique, et grâce à elle nous ne nous contentons plus de nier la théorie urineuse mais nous en offrons une autre qui ne peut être contestée.

Dans cette théorie, on regarde comme un effet ultime de la marche des lésions, ce qui était considéré dans la théorie urineuse, comme la cause, l'origine de toutes ces lésions.

Le travail de M. Aribaud est un véritable plaidoyer destiné à enlever à l'urine le rôle important et presque exclusif qu'on voulait lui faire jouer dans les tumeurs et les abcès urinaires. Mais si notre auteur a pu détruire en partie la théorie urineuse, il s'en faut qu'il ait été aussi heureux pour bâtir et défendre une théorie nouvelle. Voyons : A qui M. Aribaud donne-t-il le rôle qu'il refuse à l'urine ? C'est à l'engorgement inflammatoire sous-muqueux.

Sur quel fait repose cette opinion ? sur l'origine des tumeurs et abcès urineux. (Cette opinion, comme nous l'avons vu précédemment, avait déjà été mise en avant par certains auteurs, mais d'une façon toute dubitative).

Notre auteur confesse du reste que c'est une pure hypothèse, aucune autopsie ne pouvant être citée à son appui. Seulement il la préfère à la première parce qu'aucun fait clinique n'est susceptible de l'infirmer. Quant à nous qui avons à conclure et qui pouvons le faire en dehors du domaine des hypothèses, nous remplacerons l'idée de l'engorgement inflammatoire du tissu sous-muqueux par la théorie que nous avons donnée dans la seconde partie de ce travail.

Cette idée d'engorgement inflammatoire, présidant à la formation de ces diverses lésions, n'est pas complètement fausse, même à notre point de vue. Il y a en effet le travail inflammatoire et l'engorgement qui l'accompagne au début et à la fin du processus morbide, mais il y a un intermédiaire nécessaire, c'est l'hémorrhagie.

Au début, le travail inflammatoire transforme le tissu spongieux en tissu fibreux. Ce dernier est le siége presque forcé d'hémorrhagies en raison de la nature de ses vaisseaux et de la fonction de l'organe ; puis l'inflammation occasionnée par le sang épanché, soit directement soit indirectement par compression ou nécrobiose, intervient de nouveau pour aboutir à la purulence. L'hémorrhagie est-elle absolument nécessaire à la production de ces lésions ? Nous ne voulons pas le prétendre, mais nous croyons qu'en fait elle existe presque toujours.

Cette théorie que nous donnons des tumeurs et abcès urineux s'adapte du reste parfaitement à la clinique. M. Aribaud nous en donne une preuve évidente quand il traite de la marche des abcès urineux :

« Leur marche, dit-il, est facile à comprendre. Le propre des abcès est de s'accroître en tous sens aux dépens des tissus environnants.

» Si, dans le cas qui nous occupe, l'abcès arrive à l'extérieur avant d'avoir dénudé le canal, il restera simple, ou ce n'est qu'ultérieurement qu'il communiquera ; soit que le canal se perfore par suite du travail ulcératif qui se fait dans les parois de l'abcès, soit qu'aminci, affaibli, il cède à la plus légère pression de l'urine et se crève.

» Si au contraire l'abcès arrive vers l'urèthre avant d'avoir atteint l'extérieur, c'est dans ce dernier cas qu'il cèdera ; l'urine alors pénétrant dans le foyer pourra déchirer et s'infiltrer au loin. »

Ce passage ne semble-t-il pas la reproduction de nos conclusions sur la marche de l'abcès urineux tirées de l'étude des lésions constatées à l'autopsie ? (Voir 2e partie, abcès urineux). M. Aribaud se demande s'ils sont susceptibles de résolution. Il croit la chose possible à la rigueur ; mais le plus souvent quand la tumeur disparaît, c'est selon lui qu'elle s'est vidée dans le canal.

Nous ne partageons pas cette opinion et nous ne sommes pas seuls : Boyer dit, en effet, que les tumeurs urinaires peuvent disparaître peu à peu sans suppuration, si l'on a rétabli le cours de l'urine, et si l'on favorise la résolution par des frictions mercurielles. Chopart et Civiale en ont également vu disparaître. Qu'y a-t-il d'étonnant à cela si la tumeur dite urinaire *est le plus souvent* de nature sanguine ? Le fait serait au contraire extraordinaire, ou du moins plus difficile à expliquer dans le cas contraire.

M. Aribaud, en terminant sa thèse, fait remarquer qu'il y aurait à étudier les tumeurs et les abcès urineux au point de vue de leur siége anatomique précis ; question difficile selon lui. Il nous semble que notre observation est de nature à préciser ce siége, aussi nous contentons-nous d'y renvoyer le lecteur. Quant à la fréquence de ces tumeurs relativement aux rétrécissements, c'est une question que les cliniciens pourraient facilement résoudre en y prenant garde.

L'avenir, nous l'espérons, éclairera la question en même temps qu'il verra les faits nouveaux s'ajouter à celui que nous avons rencontré. Ces faits seront toujours rares, il est vrai, en raison même de la nature des lésions ; mais ils le seront d'autant moins que l'attention sera davantage éveillée sur ce sujet.

En résumé, dans ce mémoire nous avons :

1° Essayé d'identifier les lésions du tissu spongieux du canal de l'urèthre consécutives à la blennorrhagie ancienne à celles que donne l'inflammation chronique, la cirrhose ou sclérose dans les autres organes. Nous avons insisté sur la faiblesse et le petit nombre des vaisseaux du nouveau tissu sous-muqueux, résultat de la cirrhose.

2° Nous avons établi le fait de l'hémorrhagie dans l'épaisseur de ce tissu sous-muqueux ; nous avons donné la théorie de ces hémorrhagies. La nature des vaisseaux d'une part, et de l'autre la fonction spéciale de l'organe, le coït, et d'autres actes qui occasionnent l'afflux sanguin nous ont donné la clef de leur mécanisme.

L'hémorrhagie dans l'épaisseur du tissu squirrheux de l'urèthre et les lésions qui en dépendent nous ont fait admettre une deuxième phase (la cirrhose simple formant la première), que nous avons désignée sous le nom de cirrhose régressive.

L'anatomie pathologique générale ne nous a rien montré d'identique dans la cirrhose des autres organes. Néanmoins nous avons comparé les lésions de cette phase à celles que l'on voit aux poumons dans la phthisie des aiguiseurs ; mais dans ce dernier cas le facteur qui produit les phénomènes régressifs produit également les phénomènes primitifs, la sclérose du tissu pulmonaire. En outre, ce facteur est de nature inorganique.

L'ulcération des cicatrices dans certains cas nous a paru présenter un processus analogue, quand elle est consécutive à une hémorrhagie.

3° Appliquant ces notions à l'étude des tumeurs et abcès urinaires *liés à la blennorrhagie chronique et aux rétrécissements*, nous leur avons donné une origine nouvelle. Nous les avons fait dériver de cette seconde phase ; et la notion de sang épanché s'est substituée en grande partie (mais en partie seulement, car nous ne sommes pas absolus), à celle de l'infiltration ou de la transsudation urineuse.

4° Dans la dernière partie de ce travail nous avons fait un léger aperçu historique des opinions émises sur

(1) [illegible]

l'origine des tumeurs et abcès urinaires. La thèse de M. Aribaud nous a servi à combattre la théorie urineuse.

Nous avons essayé de faire ressortir dans le cours de la discussion combien la théorie que nous présentons s'harmonisait avec les données cliniques, tout en ne négligeant pas de faire observer que cette théorie avait son origine non dans une hypothèse mais dans un fait.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Choléra.

La grande préoccupation du jour, dans le monde médical, et avec raison, c'est la marche envahissante du choléra.

Longtemps limité à la Hongrie et aux contrées avoisinantes, le choléra a successivement gagné, depuis un mois, la Prusse et la Suède au nord, l'Autriche et l'Italie à l'ouest. L'un des caractères généraux de l'épidémie actuelle paraît être de se propager avec une certaine lenteur et de ne frapper qu'un nombre relativement peu considérable d'individus. C'est là, assurément, une condition qu'il importe de savoir mettre à profit.

Jusque dans ces derniers temps nous avions été assez heureux pour n'avoir aucun point de notre pays envahi par le fléau ; mais à l'heure actuelle cette immunité n'existe plus : le choléra a fait son apparition au Hâvre, à Rouen et, nous assure-t-on, à Caen.

En ce qui concerne Paris, la situation sanitaire n'a pas notablement changé. Toutefois, le nombre des décès par la diarrhée cholériforme et par le choléra nostras exige que chacun soit sur ses gardes, surtout si, comme les communications qui nous parviennent l'indiquent, les accidents de ce genre ont augmenté cette semaine et ont affecté des allures suspectes qui les rapprocheraient du choléra asiatique.

Il ne convient ni d'exagérer le danger ni de le dissimuler, surtout lorsque, renseigné, on a des chances de l'éviter. Pour notre compte, si, depuis plusieurs semaines, nous tenons nos lecteurs au courant de l'évolution de l'épidémie, c'est afin que, par leurs conseils autorisés, ils fassent connaître à tous les précautions exigées par les circonstances.

Un autre point doit encore être relevé. Dans toutes les lettres que nous recevons qu'il s'agisse de contrées éloignées, l'Autriche et la Transylvanie, par exemple, ou de nos villes mêmes, du Hâvre et de Rouen, il est un fait qui ressort avec une grande clarté : c'est l'apparition, au début, de l'épidémie dans les quartiers les plus malsains, dans les habitations les plus insalubres et chez les individus qui semblent avoir pour habitude de violer les règles les plus élémentaires de l'hygiène. Aussi est-ce pour cela que nous revenons sur les mesures capables, sinon d'empêcher l'arrivée du fléau, mais tout au moins d'en diminuer les effets. A défaut d'institutions d'hygiène, douées d'initiative, c'est à la presse médicale que revient le soin de prévenir et le public et les administrateurs. Tenus au courant de la situation, ces derniers comprendront peut-être la nécessité de faire appel aux connaissances des hommes spéciaux et, dans tous les cas, ils pourront exiger de leurs agents une surveillance plus rigoureuse sur les denrées alimentaires livrées à la consommation, sur la propreté des rues, sur l'emploi des désinfectants, sur l'assainissement des maisons malpropres où surviennent dès maintenant des décès par les affections cholériformes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

Séances du 22 août (fin). — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

— Le Dr FOLTZ lit un mémoire *sur la comparaison de la main et du pied, d'après l'homologie du pouce avec les deux derniers orteils.*

Ses trois hypothèses sont : le Pouce est l'homologue du gros orteil et du petit orteil ; il est binaire et homologue des deux derniers orteils.

Dans le but de prouver la dernière hypothèse qui lui est personnelle, l'auteur s'appuie principalement sur des arguments tirés des connexions. Il admet l'analogie de la partie interne de la main et de la partie interne du pied, compare le calcanéum avec le scaphoïde, le muscle cubital antérieur le cubital postérieur aux muscles tibiaux postérieurs et antérieurs, etc.

Si le bord interne du pied répond au bord interne de la main, on doit admettre, dit-il, que le pouce a pour homologue les deux derniers orteils.

Enfin, d'après l'auteur, les faits de polydactylie viennent à l'appui de son hypothèse. Il conclut en disant que le pouce est binaire et homologue des deux derniers orteils, que le gros orteil est binaire et homologue des deux derniers doigts (1).

M. CH. MARTINS combat les vues de M. Foltz. Pour lui, l'humérus éprouve une torsion réelle, torsion qui ne fait que s'accroître si l'on compare l'humerus d'un fœtus avec celui d'un adulte. Une preuve évidente de cette torsion est le trajet en spiral du nerf radial. L'humérus n'est qu'un fémur tordu. Ceci démontré, l'on voit qu'évidemment le tibia est l'analogue du radius. L'anatomie comparée fait voir que le tibia augmente de volume en proportion du degré de disparition du péroné, qui finit par se souder avec le chapiteau du tibia, et par disparaître totalement.

Quant à l'objection que l'olécrâne est soudé au cubitus tandis que la rotule est reliée aux os par un tendon, elle est détruite par ce que l'on observe chez certains animaux. Les muscles qui sont en avant au membre supérieur sont représentés au membre inférieur par les muscles situés en arrière et *vice versa.* M. Martins, au moyen d'un fil simulant le trajet du crural, démontre que le nerf crural éprouve une torsion et représente le nerf radial.

Le pouce est l'homologue du gros orteil chez les singes anthropoïdes, le gros orteil se sépare et représente nettement un pouce.

— M. le Dr LEUDET fait une communication intitulée : *De l'utilité de la physiologie pathologique démontrée par l'étude de la névralgie sciatique.*

Voici les conclusions données par l'auteur : L'hérédité des névralgies peut trouver son explication dans les expériences de Brown-Séquard sur l'épilepsie ; — L'étude des symptômes, les effets thérapeutiques indiquent que certaines sciatiques dépendent d'une modification dans la crase sanguine ou dans la circulation capillaire du nerf ; — Les névralgies locales peuvent s'accompagner de troubles nutritifs ; — La lésion du nerf sciatique peut être fugace et susceptible d'une guérison rapide, d'autres fois le nerf présente une dégénération grise et dans certains cas la lésion se propage aux centres nerveux.

Dans d'autres sciatiques le nerf est tendu, douloureux par suite de l'existence d'une lésion centrale et quelquefois il devient le siége d'une lésion persistante ayant son point de départ dans les centres nerveux.

Séance du 25 août. — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

Le docteur DELORE, ex-chirurgien de la Charité, fait une communication *sur le genou en dedans.* L'auteur se propose particulièrement de traiter du genou en dedans chez les rachitiques. Chez eux la courbure de la partie postérieure du fémur est exagérée, celle que l'on observe au côté extérieur

(1) [illegible] M. Goubaux (*Bulletins de la Société anatomique*, 18[illegible]).

dans le tiers inférieur l'est également, c'est le point capital de la déformation, d'où résulte le déjettement en dedans de la tubérosité interne. Les épiphyses ne sont point augmentées de volume, mais l'interne est sur un plan bien inférieur à celui de l'externe, ce qui, en somme, n'est que l'exagération de l'état normal.

Le tibia de son côté présente une courbure analogue au-dessous de la tubérosité antérieure et concourt aussi à déjeter le pied en dehors. Toutes les déformations se surajoutant, déterminent le genou en dedans.

Rarement le redressement s'opère naturellement par guérison du rachitisme; les appareils de leur côté ne peuvent qu'empêcher la déformation de s'accroître. Quant au redressement lent on lui doit quelques succès, mais il faut compter avec le séjour prolongé qu'il nécessite dans les hôpitaux.

L'auteur a adopté le redressement brusque qu'il pratique durant l'éthérisation. — Il a opéré environ 350 individus par ce procédé. Chez un jeune homme de 19 à 20 ans il a obtenu un succès, mais il fait observer qu'à cet âge il faut recourir à des violences considérables. Il n'emploie pas le brusque redressement chez les enfants trop jeunes et trop débiles.

Le manuel opératoire consiste en un massage forcé et en violences exclusivement manuelles. Il fait coucher le malade sur le bord du lit, le membre reposant sur son côté externe, le pied est maintenu par un aide; le membre inférieur étant alors légèrement élevé, le chirurgien exerce sur le genou une pression énergique avec les deux mains appuyées, s'il est nécessaire, de tout son poids par une pression exercée avec la poitrine. Le résultat est obtenu après 5, 10, 15 minutes de manœuvre, parfois après une demi-heure. Des craquements, violents parfois, se produisent; ils proviennent de déchirures opérées au niveau du périoste tiraillé par les ligaments distendus, de décollements épiphysaires, dont on ne s'aperçoit point cliniquement, tant les suites en sont simples. Parfois l'épiphyse du péroné est arrachée avec celles du fémur et du tibia. La facilité avec laquelle on parvient à donner au membre sa rectitude, s'explique par la laxité des ligaments et par l'élasticité osseuse. L'épiphyse à la partie externe est décollée; à la partie interne, au contraire, il se produit un tassement.

Le docteur Delore applique immédiatement après le redressement un bandage amidonné; il recommande expressément d'y apporter le plus grand soin.

Les suites immédiates de l'opération sont des plus simples, si le bandage ne laisse rien à désirer. Quelquefois l'on observe durant 24 heures, une légère douleur et une élévation de température insignifiante. Mais sous peine de voir naître du gonflement et de la douleur, le bandage doit rester longtemps en place.

Dans tous les cas, les mouvements se rétablissent intégralement, après quelques mois de raideur et malgré le décollement épiphysaire le membre continue à s'accroître normalement. Quelques malades produits par le docteur Delore montrent, en effet, l'excellence de la méthode.

— M. le docteur Henry Blanc membre du collége royal de chirurgie de Londres, chirurgien major de Sa Majesté britannique aux Indes, lit une note pratique sur les symptômes et le traitement du *choléra*.

L'auteur rappelle qu'en 1867, l'inspecteur général du service médical du Bengale fut chargé de dresser un rapport d'après les notes fournies par plus de 500 médecins. Il se propose d'indiquer ce qui, d'après son expérience personnelle, doit en être accepté ou rejeté.

Le traitement varie suivant les degrés de l'affection. Dans la forme la plus simple, seulement il y a dépression, malaise, faiblesse, inappétence, souvent constipation, symptômes fréquemment observés chez ceux qui soignent les cholériques.

Dans cette période, si l'individu est soumis à des causes de débilitation ou s'il a pris un violent purgatif, les symptômes habituels du choléra se manifestent. Le traitement doit consister dans l'administration d'alcool, de vin mais en petite quantité, car il faut avant tout éviter les excès alcooliques.

Il faut maintenir les forces par des stimulants doux et toniques jusqu'au moment où le poison a été éliminé. Les médicaments à employer à cette période sont l'opium, les carminatifs, les toniques, une diète nourrissante et aussi peu de changements que possible dans la vie habituelle.

La diarrhée est très-fréquente durant les épidémies; si les selles sont aqueuses ou eau de riz avec crampes, on la nomme diarrhée cholériforme qui constitue une période du choléra. Des témoignages authentiques démontrent que de violentes épidémies de choléra ont immédiatement suivi l'arrivée de malades atteints de diarrhée et venant de quitter une localité où régnait le choléra.

Durant cette période, il faut également soutenir les forces et protéger les parties par lesquelles se fait l'élimination du poison. Ce poison est renfermé dans les évacuations; les purgatifs que la théorie semblerait conseiller sont excessivement dangereux, ils provoquent des selles, eau de riz et du collapsus. Pendant le premier degré de la diarrhée l'emploi des opiacés et des anodins est très-avantageux.

« Eviter le collapsus (période algide) est d'une importance » vitale. La diarrhée cholériforme est généralement considé» rée comme le premier degré du choléra, pour nous c'est le » second degré. Le premier degré consiste dans l'état de ma» laise accompagné quelquefois de constipation ou d'évacua» tions normales. » Les évacuations alvines de cette période renferment déjà le principe contagieux du choléra.

Dans le second degré où dans la diarrhée cholériforme, les symptômes consistent en des selles copieuses peu colorées, sans collapsus, puis se décolorent et finissent par ressembler à de l'eau où du riz a bouilli; on observe quelques vomissements et des crampes; le pouls est faible, la face foncée, les yeux congestionnés. Ce degré dure depuis quelques heures jusqu'à sept et dix jours. Dans quelques-uns, des selles et des vomissements bilieux ont précédé les selles aqueuses, la sécrétion urinaire est faible et des crampes se font sentir aux extrémités inférieures. Il faut durant cette période maintenir les forces et activer les fonctions du foie, des reins et de la peau. Un grand nombre de médicaments ont été proposés, mais pour juger de la valeur d'un médicament il faut considérer son influence sur les phases ultérieures de l'affection. Le premier de tous est sans conteste l'opium, son action est accrue par sa combinaison avec le chloroforme, mais il est dangereux d'en continuer l'usage dans les périodes suivantes.

Il est d'importance capitale d'instituer le traitement dès le début des premiers symptômes, aussi faut-il distribuer dans les villes et les villages un médicament sous une forme facile à administrer. Presque tous les spécifiques vantés sont composés d'eau-de-vie, d'opium, de chloroforme, d'épices aromatiques et d'huiles essentielles. Voici la formule la plus usuelle des pilules employées au Bengale :

Dans le premier degré.......	Poivre noir.	2
	Opium....	1
	Assa-fœtida	3

elles donnent d'excellents résultats.

Nous ne connaissons point d'antidote contre le poison choléra. Ce qu'il faut rechercher c'est un agent qui arrête la décomposition des matières organiques sans exercer une action funeste sur les périodes ultérieures de l'affection.

Le docteur Henry Blanc s'est demandé s'il ne pourrait pas employer avec succès un agent dont l'action détruirait le principe contagieux renfermé dans les évacuations cholériques; c'est ainsi qu'il fut conduit à essayer l'action du chlorure d'alumine, durant l'épidémie qui régna l'an dernier autour de Sattara, ville de la présidence de Bombay, dont il était le médecin en chef. Il l'employa en lavement et par la bouche concurremment avec la pepsine. De tous les cas reçus à l'hôpital, seuls les deux cholériques qui suivirent cette médication furent sauvés.

Le docteur Blanc recommande avec insistance l'emploi des pilules du Bengale, et du chlorure d'alumine ainsi que les soins généraux déjà mentionnés.

Le chlorure d'alumine tue les corpuscules amabiformes et détruit beaucoup de formes inférieures du règne animal et végétal.

La période de collapsus (période algide) est caractérisée par une extrême prostration, la lividité de la face, une transpiration froide et gluante, la faiblesse ou la suppression du pouls,

avec douleur brûlante à l'épigastre, évacuations aqueuses ou eau de riz et par des crampes aux extrémités. La science humaine est désarmée alors, il faut donc instituer le traitement durant les périodes précédentes. Pendant cette troisième période l'indication consiste : 1° A soulager les symptômes prédominants et à ramener la chaleur ; — 2° à maintenir les forces et éviter l'épuisement. Parmi les médicaments que l'on peut employer et qui tout au moins soulagent, notons la glace, l'eau gazeuse additionnée de chloralum, lavements chauds au chloralum, chaleur à l'extérieur, air chaud sous les couvertures, frictions sur les membres, sinapisme à l'épigastre, glace sur l'épine dorsale. Le pouvoir digestif est suspendu, il faut administrer l'extrait froid de viande de Liebig, du lait glacé additionné de pepsine, un peu de vin et d'eau-de-vie, les malades chez lesquels la réaction s'établit sans avoir été soumis aux boissons alcooliques, ont une convalescence plus franche.

La réaction est une période naturelle, l'agitation cesse, la soif ardente disparaît, la chaleur renaît, les selles se colorent, l'urine s'écoule. Si cette réaction est franche et apparaît de bonne heure sans complication, il faut éviter une médication active, mais une diète nourrissante, du repos, du sommeil prolongé, un peu de vivre et des soins. Les cas où le chloralum a été administré ont été suivis de réaction très-franche. Quand la période algide a duré longtemps, la réaction est souvent suivie de fièvre adynamique.

L'auteur termine en donnant les conclusions du docteur Murray : les 500 médecins rejettent la saignée, n'ont plus foi dans le calomel, condamnent l'usage exclusif de l'alcool. Pour eux, l'acétate de plomb est regardé avec suspicion, mais ils regardent surtout comme dangereux, l'usage des purgatifs. Il faut en somme limiter les ravages de la maladie, traiter les périodes de début et si l'on n'a pu sauver la vie on a du moins soulagé beaucoup de souffrances.

— *Lésion organique de nature parasitaire chez le poulet transmission par la voie digestive à des animaux de même espèce. Analogie avec la tuberculose*, tel est le titre du travail de MM. Léon Tripier et Arloing, que nous allons analyser.

Au mois d'octobre 1871, M. Larroque, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, adressa aux auteurs de ce mémoire, les organes altérés d'un poulet chez lequel l'on observait des granulations jaunâtres dans le foie et chez lequel on trouva appendues au cœcum et à l'intestin grêle, des tumeurs offrant la grosseur d'une noisette, et dont l'intérieur était caséeux. L'on observait à la coupe : 1° des îlots d'une forme plus ou moins circulaire se colorant fortement à la périphérie au moyen du carmin, mais incolores au centre ; 2° des traînées ; 3° en d'autres points, un *rete* englobant de petits éléments se colorant fortement par le carmin. Tout d'abord les auteurs pensèrent à la tuberculose ; la nature du *rete* et des éléments englobés leur donna plus tard l'idée de la leucémie.

Expérimentant alors la transmission par les voies digestives, les auteurs firent ingérer à un coq une portion des organes ainsi lésés : l'animal fut sacrifié après 75 jours. MM. L. Tripier et Arloing, constatèrent une perte de poids sensible et, dans le foie, des granulations blanchâtres sous forme de traînées et semblant formées par un *rete* englobant de petits éléments que colorait fortement le carmin. L'inoculation s'était donc effectuée.

De nouveau, au mois de mai 1873, M. Larroque expédia aux auteurs un poulet qui, gravement malade, succomba bientôt et chez lequel des lésions identiques furent observées : traînées jaunâtres dans le foie, granulations dans la muqueuse de l'œsophage et le tissu cellulaire, et dans le poumon des dépôts caséeux. Les organes lésés furent injectés dans les voies digestives d'une poule, qui déjà a notablement perdu de son poids.

M. Balbiani, dont MM. Tripier et Arloing voulurent avoir l'opinion, regarda les lésions comme de nature parasitaire. Ces tumeurs seraient formées de parasites ayant l'analogie la plus grande avec ceux qu'Eimer désigne sous le nom de *Gregarina falciformis.*

Les auteurs, sur les tumeurs qu'ils avaient soumises à l'examen de M. Balbiani, ont pu dernièrement observer les diverses phases d'évolution d'un parasite. Il se présenta à eux d'abord sous la forme d'une cellule aplatie, ovalaire, remplie de granulations avec un noyau clair et central, avec une trompe faisant saillie à chaque extrémité de leur grand diamètre.

Ils ont vu ces mêmes parasites traverser l'épithélium de l'œsophage, puis, parvenus dans le tissu conjonctif sous-jacent, ils se dispersent. C'est à ce moment que chacun d'eux subit une série de transformations aboutissant à des formes jeunes, l'ovale diminue, le noyau disparaît, puis le contenu se sépare peu à peu de l'enveloppe à l'extrémité des grands diamètres.

L'enveloppe s'épaissit, prend l'aspect fibreux, le conteuu augmente et dans le point où il a abandonné la paroi, l'on observe de petits corps arrondis, très-réfringents, fortement colorés par le carmin.

Le contenu des anciens kystes de l'œsophage s'éclaircit, les granulations deviennent plus fines, les parois reviennent sur elles-mêmes ; ces kystes ont alors la plus grande analogie avec les masses arrondies du foie, des poumons et des tumeurs de l'intestin.

MM. L. Tripier et Arloing ne sauraient dire quelle est la nature du parasite ; ils donneront plus tard le résultat de leurs recherches.

Ils font remarquer : 1° Que leur communication renferme l'indication d'une maladie parasitaire chez le poulet et non encore décrite ; — 2° Que cette maladie, par sa localisation presque entièrement viscérale et par la forme de ses lésions, offre de grandes analogies avec la tuberculose ou même la leucémie ; 3° Que cette affection est transmissible par les voies digestives aux animaux de la même espèce. Les auteurs se proposent de rechercher s'il y a identité entre cette affection et certaines altérations dites tuberculeuses atteignant des mammifères d'espèces différentes.

— M. Leriche fait une lecture *sur quelques points de tératologie.* L'auteur examine trois espèces de difformités. 1° Hernie du cerveau et de ses enveloppes (M. Leriche rappelle les recherches consignées dans sa thèse sur le spina bifida crânien. 2° Absence des centres nerveux. L'auteur relate une observation des plus intéressantes dans laquelle de minutieuses recherches ne purent faire découvrir que des vestiges de la moelle (avec absence des autres centres nerveux), dans laquelle les nerfs de grosseur normale prennent naissance. 3° La symélie dont l'auteur étudie la théorie mécanique.

— M. Chassagny expose ensuite ses opinions sur l'*insertion vicieuse du placenta.*

Il regarde comme insuffisants les procédés de tamponnement employés : « Un tamponnement bien fait, dit-il, est un chef-d'œuvre. » Le tamponnement n'est point un agent hémostatique direct, ce n'est qu'un support permettant au caillot de se former, encore faut-il que le sang n'ait point perdu sa plasticité. Une certaine quantité de sang, qui, dans quelques cas, eût suffi à entretenir la vie est perdue ; de plus on ignore à quel point est le travail.

On éviterait ces inconvénients, en interposant entre les vaisseaux divisés et le placenta un corps souple, flexible, pouvant se mouler exactement dans une cavité. L'auteur avait déjà réalisé cette idée, avec un appareil qu'il nommait *ditatateur utérin* ; mais c'était un instrument compliqué. Depuis, il se sert d'un procédé fort simple. L'appareil se compose de deux boules, dont l'une, rigide, est introduite dans le vagin, et supporte une seconde boule très-souple ; au moyen de tubes en caoutchouc il est facile de gonfler les deux ballons indépendamment l'un de l'autre. Lorsque le premier a été rempli d'eau, il sert de support au second ballon flexible, qui, se développant au-dessus et le moulant sur la cavité, s'insinue entre le placenta et le col, rend toute hémorrhagie impossible : d'un autre côté il exerce une compression suivant l'épaisseur du col utérin en prenant une forme en calebasse.

Cet appareil, ajoute l'auteur, produit l'hémostasie la plus complète, mais qui s'emploie avantageusement toutes les fois qu'il est nécessaire de dilater le col ; il peut servir à faire l'accouchement prématuré artificiel

— M. Tripier (Léon) : *Amputation avec lambeaux périostiques.* Dans une communication faite l'an dernier au *Congrès médical de Lyon*, l'auteur se plaça surtout au point de vue de la phy.

siologie générale, ne considérant au point de vue de la pratique que la désarticulation du genou, ses expériences ayant porté surtout sur la reproduction de l'extrémité inférieure du fémur. Mais, depuis cette époque, il a expérimenté sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de la jambe et du fémur. M. L. Tripier a obtenu des résultats très-positifs en ce qui regarde la désarticulation du coude.

Ainsi, il a obtenu une régénération osseuse complète sur l'extrémité osseuse de l'humérus chez un chien, et la forme ainsi que la longueur ont été si exactement reproduites, qu'il serait difficile de reconnaître qu'une opération a été pratiquée.

Voici le procédé employé : 1° désarticulation du coude à lambeau antérieur ; 2° décollement du périoste et de toutes les parties fibro-tendineuses à partir des surfaces articulaires jusques à 3 centimètres au-dessus du bord interne de la trachée ; 3° section de l'os ; 4° suture à points coupés de la gaîne synoviale du triceps avec des fils métalliques capillaires ; 5° rapprochement par suture sur la ligne médiane et d'avant en arrière de la gaîne périostique ; 6° le rapprochement semblable des deux lambeaux cutanés.

Chez l'homme si l'on espérait qu'une résection fut possible, on pourrait faire une incision latérale coudée en arrière, puis on ferait la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus ; et, si l'on trouvait des altérations trop considérables du côté des parties molles, on compléterait le lambeau postérieur et l'on terminerait en taillant le grand lambeau antérieur.

Il faut, dans le second temps, enlever avec le plus grand soin les tissus adhérents à l'os, afin d'éviter les déchirures et le décollement de la gaîne du périoste. Mêmes recommandations pour le 3e temps. La gaîne synoviale du triceps est isolée de la grande plaie dans le 4e temps.

L'auteur emploie la suture, qui lui réussit fort bien, puisqu'il n'a jamais eu de fusées purulentes et que la cavité séreuse persiste.

Le 5e temps consiste à façonner le moule de la partie osseuse à reproduire. A cet effet, M. L. Tripier rapproche la gaîne périostique par deux points de suture médiane et d'avant en arrière.

Ce moule est donc représenté en haut par la section complète de l'os, à la périphérie par la gaîne périostique ; en bas par l'extrémité de cette même gaîne libre et développée sur les parties latérales.

Dans le 6e temps, l'auteur cherche à empêcher le grand lambeau antérieur de remonter en avant sans élever un obstacle à l'écoulement du pus qui se fait alors par les parties latentes.

L'auteur fait remarquer que dans ses opérations, les insertions musculaires ont conservé leurs rapports exacts et que le moignon est suffisamment matelassé. Ce procédé évite donc les inconvénients de la désarticulation, tout en en conservant tous les avantages.

Séance du 28 août.

— M. le Dr Courty expose ses opinions sur l'*importance de l'immobilité et de l'attitude naturelle dans le traitement des maladies articulaires*. L'immobilisation du membre dans son attitude naturelle est le point le plus important pour éviter l'inflammation et l'arthrite. Cette règle est cependant omise chaque jour, et les livres classiques n'en font point assez sentir l'importance. Etendre la jambe sur un coussin, ou placer le bras en écharpe, ce n'est point mettre le membre au repos. Le repos c'est l'*immobilité absolue*, et l'on ne peut obtenir le relâchement des muscles qu'on maintenant le membre dans son *attitude naturelle*.

Pour les organes, le repos consiste dans la suspension de la fonction ; pour les articulations, il réside dans l'absence complète, dans l'impossibilité de tout mouvement. L'auteur dans ce but, applique un appareil inamovible, qui lui permet en outre d'agir localement à l'aide de divers médicaments. C'est ainsi qu'il étend, sur l'articulation affectée, une couche d'onguent napolitain, des compresses, du taffetas, le tout maintenu par un appareil inamovible. Il obtient ainsi une transpiration continuelle qui joignant ses heureux effets à ceux de l'immobilité, produit les meilleurs résultats.

Quant à l'attitude naturelle à donner au membre quelle est-elle ? Est-ce la demi-flexion ? Non, car elle ne représente pas le repos d'une articulatien, le repos de l'article n'étant obtenu que par la cessation des déplacements et l'égale répartition des pressions exercées sur les surfaces articulaires, dans tous les sens, sans traction sur aucun point. Cette position est très-différente suivant les diverses articulations; pour le genou c'est l'extension complète, pour le pied l'angle droit, etc., etc.. C'est en un mot placer le membre dans la position qu'il adopte naturellement pour l'exercice de sa fonction; dans la position qui lui permettrait de rendre encore des services si l'ankylose survenait. L'immobilisation des membres dans leur *position naturelle* doit être, selon M. Courty, la base du traitement dans les affections articulaires.

— M. Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, lit un travail *sur une maladie nouvelle des nouveau-nés*. Ce chirurgien eut l'occasion d'observer, l'an dernier, dans l'espace de 6 mois, 18 cas forts remarquables et se rapportant à une affection que l'on ne trouve point décrite dans les ouvrages de pathologie et que jusqu'alors il n'avait jamais vue. Tous ses petits malades présentaient une teinte jaune spéciale de la peau, avec quelque chose d'olivâtre, leur donnant l'aspect de mulâtres. La maladie affectait les enfants vigoureux aussi bien que les chétifs, et la mort survenait rapidement en 24 ou 48 heures. Outre cette coloration spéciale, les mains, les pieds et les lèvres offraient une teinte violacée ; les conjonctives étaient à peine subictériques. Les langes étaient maculés de taches verdâtres autour desquelles s'étendait une aréole sanglante : le pouls était un peu accéléré, le thermomètre faisait constater une élévation de température en plus de 1 degré, élévation qui, quelques heures avant la mort, pouvait atteindre 2 degrés.

A l'*autopsie*, M. Laroyenne et M. Charrin, son interne, trouvèrent le sang poisseux et noir, celui des veines du cerveau offrait, lui aussi, le même aspect. Le liquide céphalo-rachidien et la sérosité péricardique avaient une teinte légèrement chocolat. Le cœur ne présentait aucune communication anormale ; les poumons étaient noirâtres et surnageaient ; le foie et la rate congestionnés, et le dernier de ces organes coupé en tranches ne rougissait plus à l'air. Le cœur, le thymus, la thyroïde n'offraient pas d'altération. A l'extrémité supérieure du tube digestif un peu de muguet ; l'intestin, indemne d'altérations, contenait des matières verdâtres. Dans les bassinets des reins, de couleur marron, le Dr Laroyenne constata toujours la présence d'un caillot grenu ; la vessie contenait de l'urine sanglante expliquant la formation de la zone ensanglantée qui entourait les taches verdâtres des langes. M. Parrot avait déjà cité à la *Société anatomique* un fait analogue dans lequel il constata une lésion rénale.

Deux ou trois faits semblables furent cités en Allemagne par Beckmann dans les *Archives de Wurzbourg* un autre fait a été relaté dans la *Presse médicale de Vienne*, par Gosaeck. Ces faits furent rapportés à un catarrhe intestinal, amenant des embolies dans les veines rénales, d'où excès de tension de la circulation de cet organe et hémorrhagie. M. Laroyenne fait remarquer qu'il n'observa aucun cas de cette curieuse affection lorsque les catarrhes intestinaux sévissaient avec taut d'intensité à Lyon, et que d'autre part ses petits malades n'en furent point atteints. (*A suivre*). Frantz Gromier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre. — Présidence de M. Depaul.

M. Gosselin demande la parole à propos du procès-verbal. S'il avait été présent à la dernière séance, il aurait dit à propos de la communication de M. Demarquay, qu'il y avait lieu de s'étonner que les cas d'embolie à la suite des fractures, surtout des membres inférieurs, ne soient pas plus fréquents. Très souvent, en effet, vers le 15e jour, le sang se coagule dans les grosses veines autour de la fracture: c'est ce qui explique l'œdème persistant qu'on observe assez fréquemment. A cause de cela on doit laisser les membres fracturés dans une immobilité presque absolue jusqu'au 45e ou 50e jour.

M. Bouillon-Lagrange envoie une note dans laquelle il relate deux cas d'embolie suivis de guérison.

M. Lecadre, correspondant de l'Académie, médecin des épidémies de l'arrondissement du Hâvre adresse une lettre au sujet de l'apparition du choléra dans la ville du Hâvre. Les premiers cas ont été observés au commencement du mois d'août. Rien ne prouve que le mal ait été importé par un navire venant de Hambourg; il y a, au contraire, tout lieu de croire qu'il s'est développé sur place par suite des brusques changements de température. Du reste, tous les ans, à cette époque, on a observé au Hâvre des cas de choléra; il est vrai que cette année ils sont plus nombreux, et que d'autres localités de l'arrondissement ont été atteintes. Pendant le mois d'août au Hâvre la mortalité a considérablement augmenté; en effet, le chiffre des décès s'est élevé à 488 dont 110 cas de choléra, le mois de l'année où la mortalité avait été jusqu'alors la plus grande, était celui de mars où on comptait par toutes causes, 26[illegible] décès.

M. Briquet pense que l'épidémie du Hâvre se réduit à des cas de choléra-nostras développés par suite de mauvais temps.

M. Larrey. Plusieurs décès attribués au choléra, à Paris, ont été reconnus comme faux; l'un entre autres était dû à un étranglement interne.

M. [illegible]. Il s'est produit un cas de choléra foudroyant à l'Hôtel du Louvre, chez un Danois qui était à Paris depuis 3 jours seulement: toutes les précautions ont été prises.

M. Jules Guérin. En présence des cas constatés de choléra, en présence des diarrhées qui sévissent depuis longtemps, et qui sont toujours le début des épidémies cholériques, il serait bon d'avertir les populations d'avoir à se garantir.

M. [illegible] pense que maintenant, comme en tous temps, il est nécessaire de soigner les diarrhées, mais il est inutile d'effrayer les populations et de jeter le cri d'alarme.

M. [illegible]. Le Hâvre est en rapport continuel avec Hambourg où règne le fléau, la maladie suivant le cours de la Seine a déjà gagné Rouen. Lisieux, dit-on, serait aussi atteint il serait sage de prendre des précautions. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Charcot.

Endocardite ulcéreuse; anévrysmes valvulaires; athérome aortique. — Par R. Lépine, chef de Clinique de la Faculté.

W...., âgé de 46 ans est entré le 24 mai 1873 dans le service de M. le professeur Sée. Il est dans un état cachectique des plus prononcés; la face est très-pâle; fièvre. T. 39°, 2. Taches de purpura sur les membres inférieurs; dyspnée; râles vibrants et muqueux des deux côtés de la poitrine, matité étendue de la région précordiale; impulsion énergique du cœur; [illegible] systolique très-intense ayant son maximum dans la région de la pointe; à la base les deux bruits sont parfaitement normaux; battements très forts de l'artère sous-clavière, surtout à droite; double soufflo intermittent crural produit par la compression du sthésoscope.

Le lendemain matin, coma; les battements du cœur ont diminué d'énergie; pouls mou avec des intermittences. Le double souffle crural, toujours des plus nets n'est produit qu'au moyen d'une *faible* compression tandis qu'hier il fallait une pression beaucoup plus grande pour le faire naître. T. 40°,5, Mort dans la journée.

Autopsie. — Cartilages costaux notablement incrustés de sels calcaires; cœur très-volumineux: de la base des ventricules à la jambe, 14 cm.; largeur des ventricules 15 cm.; parois ventriculaires épaisses et jaunes; (au microscope pas de dégénération graisseuse; les fibres offrent seulement les granulations [illegible] normales; leur striation est intacte). Les cavités ventriculaires ne renferment que du sang noir, non coagulé l'anneau mitral est à l'état normal; les valves de la valvule ne sont pas insuffisantes, *ni indurées,* mais la valve antérieure présente sur sa face supérieure (auriculaire) deux saillies cylindroïdes de 5 à 6 mm. de hauteur et largement déchirées à leur sommet (anévrysmes valvulaires perforés). Sur la face auriculaire de la valve postérieure se voient de petites végétations récentes.

Sur l'une des *valvules sigmoïdes de l'aorte* existe aussi un *petit anévrysme* faisant saillie du côté du ventricule et perforé d'un orifice très-fin à son sommet. Sur les deux autres valvules existent des végétations, au lieu d'élection.

L'*aorte thoracique,* depuis l'orifice aortique jusqu'au diaphragme, est dilatée (plus de 8 cent. de circonférence) et très-athéromateuse; l'aorte abdominale et les artères périphériques ne paraissent pas notablement altérées. — Les *poumons* sont congestionnés à leur bord postérieur.

La *rate* est énorme, longue 31 cent., très-molle et de couleur lie de vin. Les *reins* sont augmentés légèrement de volume et très-mous, substance médullaire congestionnée; substance corticale pâle, quelques tubes contournés graisseux à l'examen microscopique. — *Foie* volumineux et mou, acini peu distincts.

Deux points sont à noter dans cette observation: D'une part une maladie aiguë caratérisée par la fièvre, les altérations parenchymateuses du foie et de la rate et par l'endocardite ulcéreuse qui a abouti à la formation d'anévrysmes valvulaires; là, rien qui ne rentre dans les faits connus, d'autre part, les battements des artères du cou, le double souffle crural sans insuffisance aortique. C'est sur ce point que je désire appeler l'attention.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'absence d'une insuffisance aortique. L'auscultation la plus attentive de la base du cœur prouvait qu'il n'y en avait pas trace et l'autopsie est venue confirmer cette donnée; le fin pertuis qui existait au sommet de l'anévrysme valvulaire était d'une dimension absolument insignifiante et la perforation ne s'est peut-être faite que dans les derniers temps de la vie. Néanmoins nous avons constaté chez notre malade un double souffle crural, symptôme qui, sans avoir la valeur d'un signe pathognomique, indique habituellement l'existence d'une insuffisance aortique. Ce n'était pas à la vérité le double bruit que, d'après M. Duroziez et M. Traube (1), l'on pensait parfois percevoir sans comprimer l'artère avec le sthétoscope, et qui d'après le dernier de ces auteurs indiquerait une large insuffisance, c'était simplement un double souffle de *va et vient,* avec cette particularité que le deuxième était à peu près aussi fort et aussi prolongé que le premier et qui demandait pour être perçu un certain degré de pression du sthétoscope. C'est à l'athérome *avec dilatation* de l'aorte que nous rapportons la production de ce phénomène, et sans vouloir entrer ici dans une explication détaillée nous croyons pouvoir dire qu'il est parfaitement expliqué par la notable diminution de tension qui devait nécessairement se produire dans l'aorte après la fermeture des valvules sigmoïdes. Nous exposerons ailleurs plus complétement notre théorie.

Séance du 6 juin. — Présidence de M. Charcot.

Du double souffle intermittent crural, par M. A. Sevestre, interne des hôpitaux.

A l'occasion de la présentation de M. Lépine, M. Sevestre communique quelques observations faites sur plusieurs malades du service de M. Fauvel à l'Hôtel-Dieu, et relatives à l'existence du *double souffle intermittent crural* dans l'*insuffisance aortique* et l'*athérome.* Ce souffle existe chez un homme de 58 ans, atteint d'insuffisance aortique considérable avec athérome (Fig. 6); il manque chez une jeune fille de 21 ans qui pré-

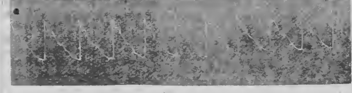


Fig. 6.

sente une insuffisance aortique (auscultation et tracé sphygmo.

(1) *Gazette hebd.,* 1872, décembre et 1873, 14 février.

graphique) sans athérome (Fig. 7). Il manque également chez

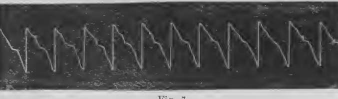


Fig. 7.

femme de 60 ans dont les artères sont athéromateuses au plus haut degré (Fig. 8).

M. Sevestre présente également un dessin figurant les *valvules sigmoïdes* de l'*aorte* et la *valvule mitrale* d'un homme dont voici l'observation résumée: homme de 46 ans, entré avec des phénomènes d'asystolie et mort au bout de quelques jours (service de M. Oulmont, à l'hôpital Lariboisière 1871). Attaque de rhumatisme 4 ans auparavant; pas de battements de cœur ni à cette époque ni depuis. — A l'auscultation du cœur, difficile à cause des bruits pulmonaires, on entendait à la pointe un bruit rude, râpeux très-fort occupant tout le premier temps et empêchant même un peu sur le second. Le maximum était très-nettement à la pointe ou plutôt un peu au-dessous du choc de la pointe (impulsion au niveau de la côte à 2 travers de doigt en dehors du mamelon). Il disparaissait assez vite à mesure qu'on s'éloignait de ce point et n'était plus perceptible au niveau de l'appendice xyphoïde et en haut au niveau du 3e espace intercostal. A la base on n'avait point trouvé de souffle le premier jour, mais le lendemain, après avoir constaté un double souffle intermittent, tres-net, dans l'artère fémorale et retrouvant sur le tracé sphygmographique quelques caractères du pouls de Corrigan, on ausculta plus attentivement et l'on trouva un très-léger souffle au 2e temps. Ce souffle n'était du reste pas constant: il est arrivé plusieurs fois (les jours suivants) qu'on n'a pu le percevoir. Il était en général très-faible, doux, un jour à timbre musical, et limité à un petit espace de quelques centimètres au niveau du cartilage de la 3e côte sur la ligne médiane du sternum.

Fig. 8.

A l'*autopsie*, on trouva des végétations sur les *valvules mitrale* et *aortiques* et de plus sur l'une des valvules sigmoïdes une perforation assez large, entourée de végétations. Il n'y avait pas d'athérome artériel. L'insuffisance aortique avait été constatée avant que le cœur fût incisé.

Tracés sphymographiques, par M. Gripat, interne des hôpitaux.

M. Gripat, montre les tracés sphygmographiques de deux malades du service de M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu.

Le premier tracé est caractéristique de l'insuffisance aortique; il présente une ligne d'ascension verticale, et élevée avec un crochet très-marqué. Le malade, âgé de 29 ans, non athéromateux, a eu depuis l'âge de 9 ans, 4 attaques de rhumatisme; il paraît atteint d'insuffisance aortique depuis 10 années. Il est entré pour un rhumatisme apyrétique. Il présente: 1° A la base dans le 2e espace intercostal droit, le long du sternum un souffle diastolique qui se propage jusqu'à la pointe, 2° Dans les carotides un double souffle; 3° Dans les crurales aussi un *double souffle* manifeste.

Le présentateur signale en passant un fait intéressant qu'il a constaté sur ce malade. Au moment de la diastole artérielle, les ongles des mains ont une vive couleur vermeille qui vient instantanément et disparaît de même pour faire place à la blancheur anémique de la matrice pendant la systole artérielle; il semble qu'un nuage de sang ait passé rapidement sous l'ongle.

Le second tracé est celui d'un homme atteint de cirrhose alcoolique du foie avec anasarque, sans bruits anormaux du côté du cœur. Les artères sont fortement athéromateuses et le tracé présente une courbe ascensionnelle peu élevée avec large plateau. On n'entend dans les crurales qu'*un seul souffle*.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude du croup, par le docteur Callandreau Dufresse, brochure in-8° de 74 pages. — Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

Cette thèse contient quelques documents importants sur certains points particuliers de l'étude du croup, et surtout sur les lésions des muscles thyro-arythénoïdiens, sur la myocardite et l'endocardite, sur les tromboses cardiaques, sur les accidents de la trachéotomie, et enfin sur la température et l'examen des urines. Nous allons faire connaitre en quelques mots les principaux faits qui découlent du travail de M. Callandreau.

I. — Dans le croup, les muscles du larynx sont atteints à des degrés très-divers. Les muscles thyro-arythénoïdiens surtout, sont pâles, tuméfiés, œdémateux. Leur friabilité est considérable et au microscope on constate que les fibrilles ont augmenté de volume, qu'elles contiennent une foule de granulations très-réfringeutes, pressées les unes contre les autres. Les noyaux du myolemme sont multipliés. Ainsi donc, au point de vue de ses fonctions, l'organe, loin d'avoir une action exagérée, doit présenter une force de contraction moins considérable, une paralysie plus ou moins complète.

II. — La myocardite et l'endocardite diphthéritiques ont été particulièrement signalées par MM. Bouchut et Labadie-Lagrave. Selon l'auteur, ces lésions sont relativement très-rares. En tous cas elles sont peu prononcées, et ce n'est que rarement qu'elles doivent intervenir dans la production de la mort.

III. — Le paragraphe consacré par M. Callandreau aux thromboses cardiaques a surtout pour but se réfuter les allégations faites par M. Robinson Beverley et dont nous avons rendu compte précédemment; pour lui, il résulte des observations publiées un doute absolu, car les phénomènes invoqués relèvent bien plutôt de l'asphyxie qu'ils n'appartiennent à des troubles cardiaques primitifs. Contentons-nous de signaler cette opinion, quoique nous ne puissions pas admettre avec notre auteur que la plupart des caillots observés ont été produits *post mortem*; les observations de M. Beverley ne nous paraissent guère susceptibles de cette interprétation.

IV. — Sous le titre: *De quelques accidents de la trachéotomie*, l'auteur relate quelques observations très-bien prises ayant trait soit à une ulcération de la plaie avec hémorrhagie consécutive; soit à l'hémorrhagie du tronc brachio-céphalique, hémorrhagie secondaire par ulcération produite à la suite d'une fausse route, soit à l'emphysème, soit à la gangrène du poumon, soit encore à la syncope. Ce chapitre ne visant nullement à l'exposition dogmatique, pourra fournir d'utiles renseignements aux auteurs qui voudraient traiter *in extenso* les accidents pouvant résulter de la trachéotomie.

V. — L'examen des urines constitue le chapitre V. Après quelques mots sur la présence de l'albumine à laquelle il n'accorde qu'une valeur très-restreinte, l'auteur s'occupe de la quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures. Après une légère polyurie, il y a une diminution notable dont la courbe suit assez bien la courbe de la température.

La densité de l'urine augmente avec la gravité de l'affection. Si l'enfant guérit, la densité de l'urine diminue progressivement jusqu'à la guérison. Quant à l'urée, la proportion diminue en même temps que la gravité du mal augmente et s'il y a guérison, l'augmentation de l'urée s'accentue au moment de la convalescence.

VI. — Du schéma de quelques observations de croup, l'auteur tire les indications suivantes :

A la première période, il se produit une élévation qui dure de deux à trois jours. Puis quand survient la détermination locale exsudative, la courbe s'abaisse et reste à peu près horizontale jusqu'à ce que l'asphyxie vienne la relever de nouveau. Si l'on pratique à ce moment l'opération, la courbe revient pour cinq à dix heures à son point de départ et ne tarde pas à remonter sous l'influence d'une légère poussée de fièvre traumatique, dont la durée moyenne est de quelques jours. Il est à peu près constant de voir une ascension de la colonne mercurielle coïncider avec l'ablation de la canule, — ce qu'on pourrait peut être attribuer à la gêne respiratoire plus ou moins grande qui se manifeste alors. Si rien n'entrave la guérison, la courbe pour un temps bien difficile à déterminer, oscille faiblement jusqu'à la normale. Si la mort doit survenir, la courbe s'élève brusquement et dans quelques cas, subit un abaissement rapide. Ces derniers faits, rares, très-rares même, doivent s'expliquer par une sorte de collapsus de l'oxygène, d'où un abaissement de la température.

Cette thèse, peu volumineuse, renferme nombre de faits intéressants dont nous n'avons pu donner qu'un aperçu sommaire ; il y a là une étude sérieuse de certaines particularités de l'affection croupale qui, pour quelques-unes du moins, nécessiteront des recherches ultérieures, mais qui n'en ont pas moins demandé à l'auteur un travail consciencieux : elles méritent d'être connues et méditées avec soin. G. PELTIER.

PHARMACOLOGIE

Potion contre la coqueluche, par le docteur DAVREUX.

L'auteur emploie depuis plusieurs années soit comme moyen préventif, soit pour combattre la période spasmodique de la coqueluche, la potion suivante dont nous donnons la formule d'après les *Annales de la société médico-chirurgicale* de Liège parce qu'elle a été altérée dans divers formulaires.

Eau gommeuse	200 gr.
Eau de laurier-cerise	4 —
Extrait d'aconit	0 — 05
Sirop d'ipéca	30 —

Vin de quinquina au phosphate de fer et de chaux.

Depuis un grand nombre d'années le quinquina est regardé, et avec raison, comme le tonique le plus efficace que nous possédions. Aussi les préparations dont il est la base se multiplient-elles tous les jours. Tout récemment M. Domeny a introduit dans la thérapeutique une nouvelle préparation qui mérite d'être expérimentée. Il a ajouté au quinquina deux médicaments dont l'utilité est incontestable : le fer et la chaux, à l'état de phosphates solubles.

Cette association de substances, dont l'action est indiscutable, fait de cette espèce de vin de quinquina une sorte de résumé de la médication tonique reconstituante. Pour obtenir des résultats satisfaisants, il importe, en pareil cas, d'apporter beaucoup de soin dans la fabrication. C'est là la préoccupation de l'auteur qui, en outre, a cherché à rendre son vin de quinquina aussi agréable à prendre que possible de façon à le faire accepter par les personnes les plus délicates, et, en particulier, par les enfants.

Diarrhée chez les enfants.

M. le Dr Roth recommande, chez les enfants atteints de diarrhée, la potion suivante :

Acide ph[illegible]ique Esprit de vin	à 0 gr. 15 centigr.
Eau de menthe [illegible]	20 gr.
Teinture théba[illegible]que	2 gouttes
Mucilage de gomme Sirop diacode	à 10 gr.

A prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Population : 1,851,792 habitants. — Décès du 23 au 29 Août 1873 : 841. — Rougeole, 17 ; — Scarlatine, » » ; — Fièvre typhoïde, 30 ; — Érysipèle, ; — Bronchite aiguë 20 ; — Pneumonie, 35 ; — Dyssenterie, 9 ; — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 41 ; — Choléra nostras, 2 ; — Angine couenneuse, 5 ; — Croup, 19 ; — Affections puerpérales, 7 ; — Autres affections aiguës, 238 ; — Affections chroniques, 3[illegible]3, dont 133 dues à la phthisie pulmonaire ; — Affections chirurgicales, 60 ; — Causes accidentelles, 17.

LYON. — D'après le *Lyon médical* les diarrhées et les dyssenteries sont très-fréquentes, les cholérines sont aussi tres-nombreuses, et l'on compte cette quinzaine trois nouveaux décès par le choléra sporadique. Les fièvres typhoïdes augmentent notablement de fréquence et de gravité. — Du 11 au 24 août 425 décès. — Dyssenteries 33 ; — diarrhées 68 ; — cholérines 21 ; — choléra 3.

BRUXELLES. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 10 au 16 Août 1873 : 113. (Diarrhée des jeunes enfants, 32).

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 17 au 23 Août 1873 : 1,546. — Rougeole, 30 ; — Scarlatine, 14 ; — Fièvre typhoïde, 28 ; — Erysipèle, » » ; — Bronchite, 67 ; — Pneumonie, 56 ; — Dyssenterie, 4 ; — Diarrhée, 362 ; — Choléra nostras, 16 ; — Diphthérie, 5 ; — Croup, 11 ; — Coqueluche, 39.

CHOLÉRA. — *Russie.* Une dépêche de Saint-Pétersbourg, en date du 28 août, signale l'apparition du choléra dans cette ville.

Roumanie. — Voici le mouvement du choléra, d'après le *Journal officiel roumain* du 20-23 août. Malades anciens 377 ; nouveaux 326 ; Total 697 cas qui se sont répartis ainsi : Morts 45 ; — Guéris 320 ; — En traitement 332.

D'après ce rapport il y a une diminution considérable. La semaine passée sur un total de 732 malades, il y avait 162 morts ; cependant la mortalité est encore considérable dans le département de *Doly* et à *Calarach*, la capitale du département de Jalomitze.

Autriche. — Le choléra à Vienne reste toujours stationnaire. Le nombre des cas nouveaux observés tant dans les hôpitaux qu'en ville, du 20 au 27 août, a été de 445 ; du 20 au 21, 66 ; du 21 au 22, 60 ; du 22 au 23, 54 ; du 23 au 24, 59 ; du 24 au 25, 74 ; du 25 au 26, 78 ; enfin du 26 au 27, 54. Le *Wiener medizinische Wochenschrift* auquel nous empruntons ces chiffres ne donne pas de renseignements au point de vue de la mortalité.

Italie. — D'après le dernier no de la *Gazette médica italiana venete*, le choléra est en voie de décroissance à Venise et à Trévise depuis une quinzaine de jours. Dans le Frioul, la maladie prend de l'extension, sans toutefois revêtir une grande gravité. A Padoue, il y a chaque jour quelques cas. La ville et la province de Vicence sont tout à fait indemnes. On signale quelques cas dans la province de Polesine. L'épidémie diminue à Parme. A Trieste, la situation est la même, toutefois le choléra ne se répand pas d'une manière sérieuse.

France. — Au *Hâvre*, le choléra continue à faire des victimes. Un certain nombre de cas se sont terminés rapidement par la mort. Nos lecteurs ont pu lire plus haut les renseignements communiqués à l'Académie de médecine par M. Lecadre. Ceux que nous recevons, nous apprennent que plusieurs cas se sont également présentés aux environs de la ville, en particulier à Sanvic. Le plus souvent, la maladie a frappé des individus plus ou moins épuisés par les excès, vivant dans des conditions hygiéniques déplorables et habitant des logements malsains.

Caen. — Nous recevons sur l'état sanitaire de cette ville les détails suivants : Depuis quelque temps, il y a, à Caen, un grand nombre de diarrhées, d'affections cholériformes. Deux médecins distingués de la ville nous ont affirmé avoir constaté deux cas de choléra très-caractérisés. Les malades, employés de la douane, sont morts dans l'espace de vingt-quatre heures. A Bretteville, petite commune située à quelques lieues de Caen, il y aurait eu cinq ou six décès par le choléra. .. »

Rouen. — Du 27 au 30 août inclusivement, il y a eu dans la ville, 38 décès par le choléra (15 hommes, 23 femmes) et 14 décès par la cholérine (5 hommes et 9 femmes). — Dans les hôpitaux, la situation reste la même. Le 30 août, il y avait 42 cas au traitement. D'après notre correspondant, « l'épidémie, à très peu d'exceptions [illegible] atteint [illegible] les ouvriers et les gens dans de mauvaises conditions hygiéniques. Dans les environs de Rouen, il y a des cas nombreux. A *Bolbec*, on comptait, à la date du 1er septembre, 20 décès. »

CONCOURS. Les juges du concours pour les prix de l'internat sont : MM. D. Beaumetz, Brouardel, Cornil, Duplay, Molland, Perier et Tarnier.

— Le concours pour l'internat s'ouvrira le 6 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration, 3, avenue Victoria. Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, du 6 septembre au 22 du même mois inclusivement, les jours de dimanche et fêtes exceptés.

En raison de l'appel des volontaires d'un an, fixé au 1er novembre prochain, les candidats justifieront de leur engagement conditionnel seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Broca, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. L[illegible]longue, agrégé à la dite faculté.

— M. le docteur Labor[illegible] ([illegible]-B[illegible]te-Vincent) est chargé à titre gratuit, des fonctions de chef de laboratoire de thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris.

OFFICIERS DE SANTÉ ET PHARMACIENS DE DEUXIÈME CLASSE. — Les officiers de santé et les [illegible] de 2e classe, qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, peuvent être dispensés par [illegible] ministre de l'instruction publique, des deux premiers examens de fin

d'études. Le 3e examen sera subi par eux devant le jury de la faculté de médecine, de l'école supérieure de pharmacie ou de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer (*Arrêté* du 23 août).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un arrêté ministériel en date du 22 août a déclaré vacante la chaire de médecine légale et toxicologie de ladite faculté. Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications, à la faculté et au conseil académique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Soubeiran, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé contrôleur du matériel de la faculté de médecine, en remplacement de M. Sanson, décédé.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — *Concours pour la place de prosecteur d'anatomie.* Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert le 3 novembre 1873, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

EXPOSITION DE VIENNE.— M. Collin a obtenu le diplôme d'honneur pour ses instruments de chirurgie, ainsi que M. Nachet pour ses microscopes.

Une *médaille de progrès* pour instruments et appareils de secours aux blessés, une autre *médaille de progrès* pour instruments de chirurgie et une *médaille de coopération* ont été données à M. Mathieu. — M. Guéride a obtenu une *médaille de mérite*.

NOMINATION. — M. Legouest, médecin inspecteur, est nommé médecin en chef de l'armée de Versailles.

LIBÉRALITÉ. — Le *Journal de Genève* raconte que M. Paul Kagier, décédé à Belley le 24 juin dernier, a institué l'hôpital cantonnal de Genève légataire universel, M. Kagier a fait, en outre, différents legs, montant à la somme de 171,000 fr.; parmi lesquels nous citerons les suivants : Hospice général, 10,000 fr.; asile des vieillards 10,000 fr., asile des orphelins 12,000 fr. asile de l'enfance de Flainpolais 5,000 fr.; commune de Plainpalais, pour l'achat d'une pompe à incendie 2,000 fr.; écoles enfantines du canton de Genève 45,000 fr. M. Paul Kagier était frère de M. Emile Kagier, décédé l'année dernière, qui aurait déjà fait lui-même différents legs aux établissements de charité genevois. Quant à la somme que la libéralité de M. Paul Kagier a voulu assurer à l'hôpital cantonal, on ne pourra la connaître que lorsque la liquidation de cette fortune aura été opérée.

ECOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Le Conseil municipal de notre ville, qui a déjà tant fait pour les progrès de l'enseignement à tous les degrés, vient de donner à l'école de médecine de Bordeaux une nouvelle preuve de l'esprit élevé qui l'anime. M. le Recteur, ayant demandé une subvention pour la création d'une chaire de chimie médicale, le conseil s'est empressé de voter le crédit de 2,750 fr. nécessaire pour le cours, et la somme de 2,000 fr. destinée à l'acquisition du matériel. (*Bordeaux médical*).

Enseignement médical libre.

Clinique médicale. M. le docteur BALL, suppléant M. le professeur Béhier, a commencé ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu le jeudi 4 septembre et les continuera les mardis et jeudis de chaque semaine. Visite des malades, salle Sainte-Jeanne à 8 h. 1/2.

VACANCE MÉDICALE. — A céder immédiatement une clientèle, à Paris. Recette de 1872 : 17,500 fr., dont on peut justifier. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du journal, de midi à 4 heures.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *6, Rue des Écoles.*

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpêtrière recueillies par BOURNEVILLE. IIe série, 1er fascicule: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8° de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr; pour les ABONNÉS du *Progrès médical* 1 fr. 15 franco.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole de Médecine.

LANTIER (E.). La charpie de l'ambulance de l'administration des postes. Pansement immédiat par le soldat des blessures sur le champ de bataille. — In-8° de 8 pages.

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

BERTHERAND (A.). Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement. 2e édition. — In-8° de 450 pages. Paris, 1873. 7 fr.

FABRE (S. P.). Des mélanodermies et en particulier d'une mélanodermie parasitaire. — In-8° de 104 pages. Paris, 1873.

Librairie AD. DELAHAYE, place de l'École-de-Médecine.

MAYAUD (Alex.) Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux. In-8 de 48 pages. 1 fr. 50.

PELLISSIER (A.) Des indications de l'hydrate de choral dans l'accouchement. In-8° de 76 pages. 2 francs.

POPESCO PASHCANO (Ch.) Des urines au point de vue physiologique et pathologique. In 8 de 104 pages. 2 fr. 50.

VERRIET-LITARDIÈRE. Etudes sur les avantages matériels de l'allaitement maternel. In 8 de 66 pages. 2 francs.

CHÉNIEUX. — (F.) Des abcès par congestion ouverts dans les poumons ou les bronches; recherches pour servir à l'histoire du mal de Pott. In-8 de 50 pages, avec une planche. Paris, imp. Parent.

TIMAL. Etudes sur quelques complications de la sclérose en plaques disséminées. Thèse de doctorat. — In 4° de 48 pages.

GIACOMI (C.) Osservazioni anatomiche per servire allo studio della circolazione venosa delle estremita inferiori fatte all'istituto anatomico di Torino. In-8. Torino, 1873.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

Librairie A. DELAHAYE.

BOURNEVILLE. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. 1er fascicule : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau.* In-8 de 168 pages, avec 22 figures intercalées dans le texte. 3 fr. 50. 2e fascicule : *Urémie et éclampsie puerpérale*; — *épilepsie et hystérie.* In-8 de 160 pages, avec 14 figures: 3 fr.

1re ANNÉE — N° 11 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 13 SEPTEMBRE 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an ... 16 fr.
Six mois ... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

DE QUELQUES SYMPTOMES PARTICULIERS.

Messieurs,

Je me propose actuellement de vous présenter quelques remarques relatives à un certain nombre de symptômes qui se manifestent parfois, en conséquence des lésions par compression soit de la région cervicale, soit de la partie supérieure de la région dorsale de la moelle.

Les symptômes, dont il s'agit, méritent d'autant mieux de nous arrêter que, d'un côté, ils ont été jusqu'ici, pour la plupart du moins, peu remarqués, et que, d'un autre côté, ils peuvent exister, pendant plusieurs semaines, ou plus longtemps encore, à l'état d'isolement, c'est-à-dire indépendants de toute paralysie motrice des membres, constituant pour ainsi dire, pendant ce temps, la seule révélation clinique de l'affection spinale.

a. Vous n'ignorez pas que des *troubles oculo-pupillaires* plus ou moins accusés se produisent assez fréquemment par le fait des lésions traumatiques portant sur la moelle cervicale ou sur la moelle dorsale supérieure. C'est tantôt la dilatation (myosis spastica), tantôt au contraire, et plus souvent, la contraction pupillaire (myosis paralytica) qu'on observe en pareil cas; elles occupent tantôt un seul œil, tantôt les deux yeux à la fois. On peut voir, sur un même œil, les deux ordres de phénomènes se succéder et alors la dilatation spasmodique précède la contraction paralytique (1). Ce sont là aujourd'hui des faits de connaissance vulgaire (2). Mais ce que l'on sait moins peut-être c'est que la mydriase résultant d'une irritation permanente de la région cilio-spinale déterminée par une cause traumatique, peut subsister, d'une manière continue, pendant plusieurs semaines, sans adjonction de paralysie des membres, ainsi que le démontre une observation recueillie par M. Rosenthal et sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Ces mêmes modifications de l'orifice pupillaire peuvent se montrer liées aux lésions par compression des régions supérieures de la moelle. M. Ogle les a signalées dans plusieurs cas de mal de Pott cervical. Dans un cas du même genre publié par M. A Eulenburg (3). La pupille droite resta très-manifestement dilatée pendant quatre semaines, après quoi elle reprit progressivement ses dimensions normales. L'affection osseuse chez ce malade paraissait occuper la dernière vertèbre cervicale et les trois premières dorsales. Un fait recueilli par M. E. Rollet, à la clinique d'Oppolzer (4) est, dans l'espèce, particulièrement intéressant, parce qu'il montre la dilatation des deux pupilles, accompagnée d'un certain degré de protrusion des bulbes oculaires, précédant quelque temps le développement de la paralysie motrice dans les membres inférieurs. Il s'agissait dans ce cas d'une *tuberculose* occupant les 3e et 4e vertèbres dorsales et ayant déterminé par compression un ramollissement des cordons antérieurs dans la région correspondante de la moelle épinière. Il serait facile, sans doute, de multiplier les exemples de ce genre.

b. Je signalerai en second lieu tout spécialement la *toux* et la *dyspnée* qui, dans la compression des régions supérieures de la moelle épinière, peuvent exister à titre de symptômes isolés, longtemps avant l'apparition de la paraplégie. Combinés avec les douleurs névralgiques qui, en pareil cas, occupent naturellement les parties supérieures du thorax, ces symptômes ont quelquefois repro-

(1) Voir les nos 1, 4, 6, 9 et 11, du *Progrès médical*.

(1) Gehrardt. — *Centralblatt*, 1865, p. 10.

(2) Leudet.— *Mem. de la société de Biologie*, 1863, p. 105.— Rendu.— *Des troubles fonctionnels du grand sympathique observés dans les plaies de la moelle cervicale. Arch. gén. de méd.* sept. 1869. p. 286-297. — A. Eulenburg und. P. Guttmann.— *Pathologie des Sympathiens*. Berlin 1873. p. 9.

(3). A. Eulenburg, — *Greifswalder med. Beiträge*, 1864 III. p. 81, 88.

(4) *Loc. cit. Canstat's Jahresb.* 1864, t. III, p. 30.

duit, jusqu'au point de rendre la méprise facile, les apparences de la phthisie commençante, c'est là une circonstance que le sens pratique de M. Gull n'a pas manqué de mettre convenablement en relief, et, à ce propos, il cite une observation qu'il me paraît utile de vous faire connaître au moins sommairement.

Le fait est relatif à un boulanger, âgé de 30 ans, qui depuis deux mois environ, lors de son entrée à *Guy's Hospital*, se plaignait de toux et de dyspnée accompagnées de douleurs dans la partie supérieure du dos ainsi que dans l'épaule droite, de transpirations fréquentes, d'un certain degré d'amaigrissement et enfin de prostration des forces. Quatre jours après l'admission il se trouva tout à coup dans l'impossibilité de rendre ses urines volontairement et quinze jours plus tard les genoux devinrent douloureux (arthropathies spinales ?) en même temps que s'exaspérait la douleur thoracique; puis le mouvement commença à s'affaiblir dans les membres inférieurs. La paralysie motrice s'accusa ensuite progressivement dans ces membres; bientôt elle se montra complète, absolue. La sensibilité était de son côté naturellement amoindrie dans les membres paralysés et dans toute la partie inférieure du tronc, jusqu'au niveau de la 3e côte. Une vaste eschare s'étant déclarée à la région sacrée le malade succomba, quatre mois environ après le début des premiers accidents. La moelle épinière, à l'autopsie, fut trouvée ramollie dans l'étendue d'un pouce environ et dans toute son épaisseur, à la hauteur de la première vertèbre dorsale. Une tumeur du volume d'une noisette était appendue à la face interne de la dure-mère; elle avait déterminé la compression de la moelle, d'avant en arrière, au niveau du point ramolli. Les lobes inférieurs des deux poumons présentaient les lésions d'une pneumonie récente; nulle part dans ces organes il n'existait de traces d'une lésion ancienne (1).

Des symptômes fort analogues, sous tous les rapports, à ceux qui viennent d'être mentionnés se retrouvent dans une observation appartenant également à M. Gull, mais où l'affection spinale n'était pas le résultat de la compression; elle consistait en une *induration* qui occupait le renflement cervical (2).

c. Des troubles gastriques variés et, en particulier, des *vomissements à retours fréquents*, doivent figurer aussi parmi les phénomènes qui se lient quelquefois aux premiers effets de la compression spinale cervicale. Ce symptôme s'est montré très-accentué dans un cas où il s'agit d'une tumeur intra-spinale (probablement un gliome) qui occupait la partie centrale de la moelle, dans la moitié inférieure du renflement cervical (3). Il existait aussi chez le petit malade, cité plus haut (4) et qui présentait un tubercule solitaire développé dans la même région de la moelle. Il convient de mettre ces troubles digestifs en parallèle avec les *crises gastriques* de l'ataxie locomotrice progressive et de la paralysie générale spinale (5); mais il importe surtout, au point de vue de la physiologie pathologique, de faire remarquer que des vomissements très-tenaces, très-persistants, sont, en dehors de toute commotion cérébrale, un symptôme immédiat assez fréquemment lié aux lésions spinales occasionnées par une fracture des vertèbres cervicales. Le fait se trouve mentionné déjà, à la vérité, en passant, par Brodie. Mais il est mis décidément en lumière par l'intéressante statistique de M. Gurlt, laquelle repose sur l'analyse de 300 cas de fracture des vertèbres cervicales survenues dans diverses régions (1).

Une *gêne de la déglutition*, plus ou moins prononcée et plus ou moins persistante, *le hoquet*, peuvent être rapprochés des troubles gastriques dont il vient d'être question. Ils surviennent dans les mêmes circonstances, et se montrent, dans certains cas de compression de la moelle cervicale, quelquefois bien avant l'apparition de la paralysie des membres (2). On peut en dire autant des troubles fonctionnels *de la vessie et du rectum* (3) et cela contraste remarquablement avec ce que nous avons appris relativement à la façon dont se comportent ces organes lorsque la compression porte sur la moelle dorsale. C'est là un point qu'il n'était pas sans intérêt de faire ressortir.

e). Je ne ferai que mentionner les attaques d'épilepsie qui se manifestent quelquefois d'une manière périodique chez les sujets atteints de lésions spinales par compression. Contrairement à ce qu'auraient pu faire supposer les effets bien connus des sections d'une moitié de la moelle épinière chez certains animaux, l'épilepsie paraît être, chez l'homme, un résultat relativement assez rare des lésions spinales. Pourtant j'ai pu aisément réunir une dizaine de cas de ce genre dont la moitié environ est relative à des lésions de la moelle cervicale déterminées par la compression.

Le plus remarquable de ces faits est incontestablement celui qui a été publié en 1862, dans la *Gazette des hôpitaux*, par M. Duménil, de Rouen (4). Vous ne confondrez pas ces convulsions générales, de cause spinale, avec l'ensemble symptomatique décrit par M. Brown-Séquard sous le nom d'*épilepsie spinale* et sur lequel nous avons plusieurs fois déjà appelé votre attention dans le cours de ces leçons (5). Les convulsions toniques ou cloniques sont dans ce dernier cas, vous le savez, limitées aux parties situées au-dessous de la lésion de la moelle épinière. (*A suivre*).

(1). W. Gull. — *Guy's Hospital. Reports*. 3e série, t. II. 1856, obs. I. p. 145.
(2) Même recueil, obs. XVI, p. 185.
(3) Gull, *loc-cit.* t. II. p. 184, case XV.
(4) Gull. *loc-cit.*, t. IV. p. 206, case XXXII.
(5) Charcot. — *Leçons sur ses mal. du syst. nerveux*, 2e série, p. 33.

(1) E. Gurlt. — *Handb. der Lehre von den Knochenbrüchen*. 2 th. 1. Lief. 1864, p. 62. Dans un cas de Brodie le liquide vomi présentait une coloration noirâtre. La membrane muqueuse de l'estomac était parsemée de taches ecchymotiques, et la cavité de l'organe était remplie d'un liquide semblable a du marc de café, dans un des cas rapportés par Gurlt. (n° 35).
(2) Gull, *loc.-cit.* cas. XV, XXXII.
(3) Gull, *loc.-cit.* cas. I, XV, XVI.
(4) A. Duménil, *Loc. cit.* p. 478. — Voir aussi les observations de Geddings, de Baltimore. (Brown-Séquard, *Journal de la Physiologie* t. VI p. 633).; de Webster. (*Medico-chirurgical Transact.* 2e série, t, VIII); de Gendrin (Ollivier, d'Angers, t. II. p. 502 et 520), de Charcot et Bouchard (Bouchard, — *Des dégénérations secondaires de la moelle épinière*, extrait des *Archives générales de médecine*. 1866, p. 32); dans ce dernier cas la compression portait plutôt sur le bulbe.

Pour l'épilepsie liée aux lésions des régions dorsale et lombaire de la moelle épinière, consulter: Leudet. (*Archives de médecine*, 1863, t. I, p. 206), Ollivier, d'Angers, (3e édit. 1837. t. II p. 319), Rillet et Barthez (t. III, p. 589, 1859), Michaud, (*Sur la méningite et la myélite*, Paris 1871, p. 50) Brown Séquard. (*Researches on Epilepsie*, p. 11), Westphal, (*Archives du Psichyatrie*, t. I. p. 84, 1868), Ollivier, d'Angers (t. II. p. 319).
(5) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1re série, p. p. 218, 219.

PHYSIOLOGIE

Influence des conditions respiratoires sur le mécanisme de la circulation veineuse thoracique.

Par **ROSAPELLY.**

§ 3. Arrêt de la circulation veineuse.

Si à l'exemple de Weber, après une grande inspiration, on comprime fortement l'air contenu dans les poumons au moyen de l'occlusion de la glotte et d'un grand effort expiratoire, on peut produire l'arrêt complet de la circulation veineuse et par là l'arrêt du cœur. Weber a montré qu'il pouvait ainsi interrompre à volonté pour un moment les battements de son cœur et ses pulsations artérielles.

Lorsque la poitrine est ainsi resserrée, dit Weber, l'air contenu dans les poumons ne pouvant sortir puisque la glotte est fermée se trouve comprimé et réagit par son élasticité sur les organes renfermés dans la poitrine ; non-seulement sur les poumons, mais aussi sur le cœur et les gros vaisseaux.

D'un autre côté, le sang qui revient au cœur par les grosses veines et qui est entraîné dans ces vaisseaux par la pression qu'il exerce sur leurs parois, doit être ralenti lorsque ces parois sont comprimées par une pression extérieure comme celle de l'air contenu dans la poitrine; et lorsque la pression extérieure devient assez forte pour faire équilibre à la pression de dedans en dehors, le sang ne peut plus arriver dans le thorax. Aussitôt que la petite quantité de sang qui se trouve dans les grandes veines thoraciques, dans le cœur et dans le système circulatoire pulmonaire est passée dans l'aorte, le cœur n'a plus rien à chasser; le pouls persiste jusqu'à ce moment après lequel les battements du cœur et le pouls disparaissent.

Dès qu'on cesse la compression, le sang qui s'est accumulé dans le système veineux se précipite dans le thorax et les battements du cœur reparaissent instantanément.

Nous voyons que cette curieuse expérience de Weber peut très-bien se concilier avec ce que nous avons dit de l'aspiration thoracique.

Lorsqu'un effort expiratoire thoracique comprime l'air du poumon et augmente ainsi sa pression, cette pression lutte contre l'élasticité pulmonaire, la diminue et peut même lui faire équilibre ; l'abord du sang dans le thorax se trouve ainsi gêné ; mais si la pression de l'air intérieur est encore plus forte et arrive à aplatir et à comprimer les parois veineuses du médiastin, le sang ne peut plus y pénétrer et le pouls s'arrête un instant après. Donders a montré que lorsque l'effort expiratoire thoracique s'accompagnait d'un effort abdominal, le pouls persistait un peu plus longtemps parce que le sang contenu dans la veine cave inférieure était poussé dans le thorax et augmentait d'autant la quantité de fluide que le cœur trouvait encore à chasser après l'arrêt de la circulation veineuse.

La compression de l'air dans la poitrine se présente dans un certain nombre de circonstances : Vomissements, toux, éternuement, défécation, accouchement, et dans tous ces cas on voit se produire, du côté du système veineux, des phénomènes qui indiquent la gêne du cours du sang. Tels sont la congestion de la tête, le gonflement des jugulaires, la diminution et même la cessation du pouls.

Cette condition se présente et se répète fréquemment chez les animaux plongeurs pour empêcher l'eau de pénétrer dans leurs voies aériennes ; Cuvier a noté chez ces animaux une dilatation énorme des veines voisines du thorax et principalement des veines sus-hépatiques. Dans certaines affections du cœur et des poumons où l'on constate des dispositions analogues du système vasculaire qui indiquent la difficulté de l'abord du sang dans le thorax, la perte de l'élasticité pulmonaire et l'abolition de l'aspiration thoracique jouent probablement un rôle important et encore mal défini.

L'élasticité pulmonaire et l'aspiration thoracique, sans être des conditions indispensables au cours du sang sont néanmoins nécessaires au jeu régulier de la circulation veineuse. Sans aucun doute, la circulation veineuse peut s'effectuer sans le secours de l'aspiration thoracique, comme l'ont démontré Poiseuille et Magendie et comme on peut le constater chez les animaux curarés auxquels on pratique la respiration artificielle ; mais ces expériences ne durent qu'un temps limité, et encore trouve-t-on à leur suite, des signes évidents de congestion et de stase sanguine, surtout du côté du système de la veine porte. Si l'on forçait la circulation à s'effectuer dans ces conditions d'une manière continue et prolongée comme celà arrive dans certaines lésions pulmonaires ou cardiaques, nous ne doutons pas qu'on arrivât à produire les troubles fonctionnels et les lésions secondaires que l'étude clinique et anatomique a démontrés dans les affections circulatoires et pulmonaires.

§ 4. Influence des conditions respiratoires sur le cœur.

L'aspiration thoracique n'agit pas seulement sur le sang des veines ; son influence se fait aussi sentir sur le cœur et sur les artères situées dans le thorax. Il est important de déterminer son action sur ces deux parties de l'appareil circulatoire pour bien établir que cette action est due également à la dilatation mécanique du médiastin. Cette étude nous permettra aussi de voir comment le sang veineux pénètre dans le cœur et quelle part il faut attribuer dans ce fait à l'action aspirante de la poitrine.

Parmi les expériences que Barry a faites pour rechercher l'aspiration thoracique, l'une des plus intéressantes est celle où, appliquant son appareil au péricarde du cheval, il vit le liquide monter d'une façon continue dans cette cavité, avec une accélération marquée à chaque inspiration.

Nous avons déjà vu que Barry n'en avait pas conclu à la continuité de l'aspiration thoracique ; cependant, dans un second mémoire, il tient compte de ces faits et il admet comme point de départ, que c'est dans un vide relatif que le cœur exécute ses fonctions. Il montre alors qu'il faut étudier les opérations de cet organe, sans détruire le vide dans lequel il est placé. Les observateurs avant lui, ne s'apercevaient pas de l'altération qu'ils lui faisaient subir en détruisant le vide, effet inévitable de l'ouverture du thorax et de l'exposition du cœur à l'atmosphère. Il cherche à éviter cette cause d'erreur en introduisant sa main dans la poitrine du cheval par l'intermédiaire de l'abdomen et à travers le diaphragme ; sa main va de cette manière toucher le cœur, l'aorte, et lui fournit une description saisissante du jeu de ces organes perçus ainsi dans toute leur énergie et dans toute leur activité. Cependant il apporte peu d'éléments utiles à la solution de la question, mais il nous suffit d'y puiser cet enseignement important *qu'il ne faut pas ouvrir le thorax quand on veut étudier l'influence des mouvements respiratoires sur la circulation.*

MM. Chauveau et Marey ont tenu compte de cette remarque de Barry dans leurs recherches sur les pressions dans les cavités du cœur et ont surmonté avec bonheur la difficulté d'atteindre le cœur sans ouvrir le thorax, en faisant pénétrer leurs appareils par la veine jugulaire ou par l'artère carotide, suivant qu'ils voulaient arriver dans le cœur droit ou dans le cœur gauche. Parmi les résultats si précis qu'ils ont obtenu, nous devons citer les suivants :

L'oreillette droite présente des minima de pression très-variables entre -2^{mm} et -33^{mm}. Le chiffre ordinaire est -7^{mm} à -15^{mm}.

L'abaissement de la pression dans l'oreillette est toujours proportionnel à l'intensité de l'aspiration thoracique mesurée par le procédé de Donders.

Le ventricule droit présente constamment une pression supérieure de 10^{mm} à celle de l'oreillette ; sa pression minima varie entre -16^{mm} et $+20^{mm}$.

M. Marey, dans sa *Physiologie de la circulation,* attribue la différence entre la pression de l'oreillette et celle du ventricule à la différence de hauteur de la colonne sanguine qui pèse à l'intérieur des deux cavités ; nous serions tentés d'en rechercher plutôt la cause dans la différence d'épaisseur et de résistance de leurs parois.

Les parois de l'oreillette sont minces et se laissent dilater sans effort par la pression négative extérieure ; les parois du ventricule, au contraire, plus épaisses et plus élastiques résistent plus à cette même pression négative. De cette façon

une partie de la force se trouve employée à produire la dilatation des parois du ventricule et le reste seulement peut agir sur la membrane du cardiographe.

La pression du sang contenu dans les troncs veineux thoraciques et dans l'oreillette étant insuffisante dans les conditions normales pour produire la diastole du ventricule et celui-ci commençant cependant à se remplir avant la contraction de l'oreillette, quel est donc le mécanisme de sa dilatation ? Longtemps on avait attribué ce résultat soit à son élasticité propre, soit à une dilatation active de ses parois ; mais c'est certainement à la pression négative qui entoure le cœur qu'on doit en rapporter la plus grande part.

Nous pouvons conclure des travaux de Barry, de Donders et surtout des belles expériences de Chauveau et Marey :

1° Que le cœur situé dans un milieu raréfié est sollicité continuellement à se dilater.

2° Que cet effet augmente chaque fois que l'inspiration, dilatant le poumon, augmente la force élastique de cet organe.

3° Enfin que l'aspiration thoracique appelle le sang veineux non seulement dans les troncs veineux thoraciques, mais jusque dans les cavités du cœur droit.

§ 5. Influence des conditions respiratoires sur la circulation artérielle.

Les variations de la tension artérielle sous l'influence des mouvements respiratoires ont été pour la première fois constatées par Poiseuille lorsqu'il eut découvert son hémodynamomètre ; mais suivant à l'œil les oscillations du mercure il ne pouvait les mesurer que d'une manière forcément imparfaite, ce n'est qu'après les perfectionnements successifs qu'on apporta à l'instrument de Poiseuille que les phénomènes purent être observés exactement. En 1847, Ludwig trouva le plus important de ces perfectionnements en adaptant à l'hémodynamomètre un appareil enregistreur indiquant d'une façon continue les variations de la pression. C'est à partir du kymographion de Ludwig que les oscillations respiratoires de la tension artérielle furent véritablement étudiées. Dans les tracés obtenus par les appareils enregistreurs, on remarque deux courbes différentes par leur fréquence et par leur amplitude ; les contractions du cœur se traduisent par une série de petites courbes faibles et fréquentes et leur ligne d'ensemble est déplacée suivant des oscillations plus considérables ; ces dernières correspondent aux mouvements respiratoires.

Chaque inspiration amène dans les parois élastiques de l'aorte une dilatation qui atteint son maximum à la fin de la période inspiratoire ; c'est à ce moment qu'a lieu l'abaissement de la courbe qui se relève au contraire pendant le temps de l'expiration.

Les oscillations de la courbe sont d'autant plus marquées que la respiration est plus ample, qu'elle est plus rapide et elle disparaît aussitôt qu'on ouvre le thorax ou qu'on arrête la respiration.

Marey a démontré au moyen des tracés sphygmographiques que l'influence de la respiration sur la tension artérielle pouvait se faire sentir jusque dans l'artère radiale.

Les oscillations de la courbe artérielle peuvent mieux que toutes les autres nous donner une idée de la puissance avec laquelle l'élasticité pulmonaire agit dans la dilatation des organes du médiastin.

Dans les tracés de la pression dans l'artère carotide, par exemple, tandis que la contraction du cœur n'ajoute à la tension moyenne qu'une élévation de 2 à 3^{mm} ; les variations de la pression due à la respiration atteignent 8, 10 ^{mm} et même 20 ^{mm} suivant l'ampleur et la fréquence de la respiration.

(A suivre).

THÉRAPEUTIQUE

Note sur l'usage de l'ipéca dans le choléra infantile et quelques autres formes de diarrhée,

Par **H. CHOUPPE**, interne des hôpitaux.

Les avantages fournis par l'ipéca à haute dose dans les cas de dyssentérie et dans beaucoup d'autres diarrhées ont donné à M. Bourdon, l'idée de l'employer dans le choléra infantile. Les deux observations suivantes que j'ai recueillies dans son service à l'hôpital de la Charité (crèche) me semblent très-intéressantes et très-probantes d'autant plus que l'ipéca ici n'ayant pu être supporté par la bouche M. Bourdon l'a fait administrer en lavements.

Obs. I. — Enfant de dix mois, sevré prématurément, a eu au mois de juin une diarrhée qui l'a beaucoup fatigué ; entré le 20 juillet à l'hôpital encore faible avec sa mère très-affaiblie, c'est même pour se soigner elle-même qu'elle vient. Le *29 juillet* l'enfant est pris de diarrhée abondante avec vomissements; l'on prescrit la potion *laudanum-bismuth* et des *lavements amidonnés.*

30. La diarrhée et les vomissements continuent ; *même trait.*

31. Mêmes symptômes, *potion ipéca.*

1er août. Vomissements très-abondants sous l'influence de la potion ; la diarrhée semble avoir un peu diminué, *2 lav. ipéca.*

2. Toujours quelques vomissements; la diarrhée qui jusqu'à ce jour avait été séreuse devient un peu plus épaisse; les selles sont moins fréquentes. — *Même traitement.* — 3. L'enfant n'a pas vomi ; il n'a eu que deux selles depuis hier; même traitement.

4 août L'enfant n'a plus de diarrhée; — il boit bien et est gai; on continue les lavements d'ipéca pendant trois jours encore; l'enfant ne vomit pas. — Sort en très-bon état le 12 août 1873.

Obs. II. Enfant de 17 mois, un peu rachitique, entré le 15 juillet 1874 salle Sainte-Julie. Le *2 août,* vomissements abondants, diarrhée séreuse, extrémités froides. *Potion ipéca;* le soir l'enfant vomit beaucoup, puis il est extrêmement affaibli. *Lavement ipéca.*

4 août. Un peu d'amélioration. 2 *lavements ipéca.*

5 août. La diarrhée a cessé, mais l'enfant vomit toujours. — On cesse les lavements.

6 août. La diarrhée a reparu, les vomissements sont toujours aussi fréquents : *2 lavements ipéca.*

7 août. Amélioration notable l'enfant vomit beaucoup moins, la diarrhée a beaucoup diminué. — Le traitement est continué jusqu'au 25 *août.* Les vomissements n'ont pas reparu ; l'état général est excellent.

Ces deux faits semblent concluants. Du reste l'ipéca était depuis longtemps recommandé, mais il arrivait souvent que l'emploi en devenait impossible à cause des vomissements qui se produisaient à la suite de l'administration de la potion. C'est pourquoi M. Bourdon a eu l'idée d'employer l'ipéca en lavements. Voici le mode de préparation de ces lavements qui sont donnés à 6 ou 8 h. d'intervalle.

Prenez : racine d'ipéca concassé 5 gr.; faites bouillir dans eau 100 gr. jusqu'à réduction à 50 gr., puis aux racines enlevées de cette première eau, faites subir la même préparation dans une nouvelle quantité de 100 gr. d'eau. On mélange les deux et l'on divise en 2 lavements. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

La *Société médicale des hôpitaux* s'est dernièrement occupée de l'un des accidents observés quelquefois à la suite de la thoracentèse et qui se caractérise par l'expectoration d'une quantité plus ou moins considérable de liquide albumineux. — Cette question, peu étudiée jusqu'ici, n'était point cependant absolument nouvelle. En 1853, M. Pinault (1) avait signalé ce phénomène dont il avait pu observer 2 cas, et l'avait attribué aux modifications de la circulation pulmonaire qui se produisent à la suite de l'évacuation du liquide.

L'année dernière, M. Woillez, dans son *Traité clinique des maladies aiguës dans les organes respiratoires* en rapportait une autre observation. Il avait constaté la présence de l'albumine dans les crachats par les moyens généralement employés pour la déceler dans les urines. Il rappelait alors un fait du même genre observé en 1863 par M. Besnier qui avait aussi reconnu la nature de l'expectoration et sans hésitation il admettait qu'une piqûre du poumon par le tro-

(1) Pinault, thèse 1853.

cart avait donné passage au liquide contenu dans la plèvre. Peu de temps après (30 juillet 1872) la question fut reprise à l'académie de médecine par MM. Marrotte, Béhier et Hérard. — Enfin au commencement de l'année 1873, l'un de nos excellents collègues, M. Terrillon, qui avait eu l'occasion d'en observer un cas promptement terminé par la mort, étudie le phénomène dans tous ses détails et discute avec soin les diverses opinions émises sur le mécanisme de sa production.

Dans une *forme légère*, soit immédiatement, soit quelque temps après l'opération, le malade se plaint d'une dyspnée peu intense qui va en augmentant, ou bien il rend tout d'abord un peu d'écume blanchâtre par un véritable crachotement. — Puis survient l'expectoration caractéristique d'un liquide jaunâtre, légèrement filant, accompagné d'une grande quantité de mousse. La sortie du liquide surtout s'il est un peu abondant peut se faire quelquefois par gorgées; elle est continue sans intermission aucune et s'accompagne de quintes de toux.

Le liquide traité par l'acide nitrique ou par la chaleur donne un abondant précipité d'albumine qui ne se produit jamais dans les crachats ordinaires. Le malade n'éprouve du reste aucun accident et, après quelques heures ou une journée à peine, tout est terminé.

Dans une *forme intense*, la dyspnée est beaucoup plus marquée, s'accompagne parfois de cyanose et des phénomènes qui traduisent l'asphyxie par le séjour du liquide dans les bronches; l'expectoration est plus abondante et se fait souvent à la suite de quintes de toux. Elle est du reste constituée par un liquide à peu près analogue à celui qui est rendu dans la forme légère, mais ce liquide est plus transparent parce qu'il est ordinairement plus pur, et ne contient que très-peu de mucus bronchique et de débris épithéliaux.

Enfin deux cas rapportés par M. Terrillon autorisent à admettre une *forme grave*. La quantité de l'expectoration est alors si rapidement considérable que tous les conduits de l'air (depuis les petites bronches jusqu'aux fosses nasales), en sont aussitôt remplis et qu'il en résulte une véritable asphyxie par cause mécanique. La terminaison fâcheuse paraît être favorisée par une lésion quelconque du côté opposé, lésion empêchant le fonctionnement normal de l'organe et par conséquent la facilité de l'expectoration.

Dans le plus grand nombre des cas, le début de l'expectoration a lieu un certain temps (de 10 minutes à 1 heure) après la thoracentèse, rarement de suite, plus rarement encore après plus d'une heure. Elle se continue pendant une durée variable de quelques jours à 1 ou 2 jours, et qui est en général en rapport avec la quantité de l'expectoration; celle-ci varie d'ailleurs dans des limites assez étendues (de quelques grammes à 12 ou 1,500 grammes). Dans un cas le malade rendit dans l'espace de 2 jours et une nuit deux litres de liquide. Ce liquide présente toujours trois caractères importants : sa coloration jaunâtre, la mousse qui le surmonte et sa coagulation plus ou moins complète par l'acide nitrique.

L'expectoration albumineuse a surtout été notée dans le cas où la thoracentèse avait donné une quantité assez considérable de liquide (de 1 à 5 litres). Dans tous les cas, le liquide pleural s'était écoulé assez rapidement.

Quant aux autres circonstances concomitantes de l'opération (côté de l'épanchement, nature de l'appareil employé, etc.), elles n'ont pas paru exercer d'influence sur la fréquence de l'expectoration.

Tels sont les caractères principaux du phénomène que nous étudions; nous avons emprunté les éléments de cette description à l'intéressant travail de M. Terrillon. Il nous reste maintenant à rechercher la valeur des hypothèses que l'on a proposées pour l'expliquer. A. S.

Le Choléra.

Les craintes que nous manifestions dans notre dernier *bulletin*, relativement au caractère épidémique que semblaient revêtir les affections cholériformes ne se sont malheureusement que trop justifiées : le choléra asiatique a fait son apparition à Paris jeudi dernier. Les communications faites à l'Académie de médecine dans la séance du 9 Septembre, nous apprennent que mardi on comptait tant en ville que dans les hôpitaux déjà une soixantaine de décès.

L'épidémie actuelle, qui a trouvé le terrain tout préparé par suite de l'existence, depuis plusieurs mois, de diarrhées ou de cholérines graves et du choléra nostras, a frappé le même jour et dans tous les arrondissements un certain nombre de personnes. C'est là une circonstance importante à noter au point de vue du mode d'importation du choléra.

Voyons maintenant quelles sont les précautions qu'il convient de prendre. Elles sont de deux sortes : les unes sont d'ordre particulier, les autres d'ordre général. En ce qui concerne les premières, et chacun doit y veiller, nous ne saurions trop insister sur les conseils suivants : 1° s'abstenir de tout excès; 2° protéger le corps et surtout le ventre contre les variations de la température; 3° dès que la diarrhée apparaît, garder la chambre, le lit même dont la chaleur uniforme et constante constitue un excellent moyen de traitement, ne prendre qu'une nourriture légère et, si les accidents ne cessent pas, recourir sans hésiter au médecin. Telles sont les prescriptions qu'il faut respecter si l'on veut qu'une indisposition, légère en apparence, ne revête pas promptement un aspect de gravité redoutable.

De son côté l'administration doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assainir la ville : balayage régulier des rues non-seulement dans le centre de Paris, mais dans tous les quartiers ; désinfection des urinoirs publics et des bouches d'égout ; création dans chaque hôpital, pour les cholériques, de salles spéciales, choisies de telle façon qu'elles offrent des garanties sérieuses d'isolement; désinfection des habits et des objets de literie qui ont servi aux cholériques ; visite des maisons où surviennent des décès par le choléra. Sous ce dernier rapport, nos renseignements sont d'accord pour montrer, dès maintenant, que c'est surtout dans des maisons malpropres, dépourvues d'eau, d'air et de lumière, mais ayant, en revanche, des lieux d'aisances infects et des cours encombrées d'ordure, que se sont produits les premiers cas de choléra.

Il est enfin un dernier point sur lequel nous croyons indispensable d'insister. Le séjour prolongé du cadavre d'un cholérique dans une maison a toujours des inconvénients ; toutefois, ces inconvénients sont encore plus grands s'il se produit dans une famille qui n'a qu'une chambre pour tout logement ; car, alors, les survivants doivent rester, durant

des heures, dans une atmosphère saturée d'émanations cadavériques.

C'est là un inconvénient grave et qui, nous en sommes convaincu, contribue à augmenter le nombre des victimes. Aussi est-il commun de voir la maladie frapper successivement plusieurs membres d'une même famille. Pour faire disparaître cette cause d'expansion de l'épidémie, ne serait-il pas utile de créer dans chaque quartier, comme cela existe, du reste, dans certains pays, des salles mortuaires? L'examen de cette idée mérite, croyons-nous, d'attirer l'attention de ceux qui ont pour mission de ne négliger aucune des mesures capables de limiter les ravages du choléra.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

Séance du 25 *août*. — PRÉSIDENCE DE M. COURTY.

Du mode d'union des plaies d'amputation, par M. AZAM.

Tous les chirurgiens ont cherché, dit l'auteur, à diminuer le temps de la suppuration. Faut-il réunir oui ou non? Question très-vaste, et fort difficile à résoudre. M. le Dr Azam n'est point partisan fanatique de la réunion par première intention, mais il fait remarquer qu'il est possible de réunir certains éléments, tout en laissant suppurer certains autres.

La méthode que vient exposer ce chirurgien distingué ne lui est point personnelle, mais doit être regardée comme le résultat de la pratique de plusieurs auteurs. Elle consiste essentiellement à tailler des lambeaux à peu près égaux et à placer au fond de la plaie un très-gros drain, que l'on fixe sur la cuisse au moyen du collodion. Lorsque les lambeaux ont été exactement affrontés, une suture profonde est alors pratiquée au moyen de deux bouts de sonde; les fils d'argent qui fixent ces derniers sont arrêtés sur l'un des côtés par torsion, afin de pouvoir ainsi être relâchés s'il survient du gonflement.

Quant à la suture entortillée, pratiquée sur la peau, c'est avec un soin absolu et après un affrontement aussi exact que possible qu'elle doit être effectuée, en ne laissant qu'une ouverture suffisante pour le passage de la sonde. Au moyen de ce procédé la peau et les muscles sont donc réunis par première intention, tandis que, dans les parties tout à fait profondes, l'on cherche à assurer l'écoulement du pus.

Un pansement est ensuite appliqué aux deux extrémités de la plaie; il consiste en une certaine quantité de coton que maintient un bandage solide et suffisamment serré. Trois à quatre jours après, le pansement est défait et les sutures superficielles enlevées (pour la cuisse elles sont au nombre de 16, 18, 20) et l'adhérence de la peau est alors complète et s'il survient un léger gonflement il suffit de détordre les fils d'argent qui arrêtent les sutures.

L'auteur proscrit absolument dans le pansement l'emploi de l'eau, qui peut, dit-il, n'être pas très-pure et repousse surtout l'emploi de l'éponge; il recommande de procéder à l'hémostasie avec le plus grand soin, et de n'employer que l'alcool et la ouate. Il s'élève également contre les injections poussées à travers la sonde, injections qui exercent une action mécanique mauvaise et tendent à détruire la circulation dans les parties profondes. S'il vient à se produire une hémorrhagie secondaire, malgré toutes les précautions, il suffit, dit le Dr Azam d'enlever quelques sutures, un tiers environ. La réunion se fait alors par seconde intention du 20e au 25e jour. — L'auteur cite un fait remarquable d'amputation de la cuisse chez une jeune fille; la cicatrisation fut obtenue le 16e jour.

L'auteur termine en avouant que ce procédé ne lui est point personnel; il ne résulte que de modifications successivement apportées par divers chirurgiens, il appartient à tout le monde: M. Azam déclare qu'il n'est applicable qu'à la condition expresse de placer un drain destiné à permettre au pus des parties profondes de s'écouler librement. Ce n'est pas une réunion par première intention, mais une sorte d'occlusion; c'est pour ainsi dire une plaie sous-cutanée.

M. VERNEUIL prend la parole au sujet de la communication de M. Azam. Protestant contre la généralisation de cette méthode, il déclare que la réunion par première intention ne doit être tentée que rarement, sauf les cas d'autoplastie. Une plaie d'amputation, dit-il, est une plaie méthodique par instrument tranchant affectant la forme angulaire ou concave, exposée à l'action des milieux. Une pareille plaie laissée béante devient le siége d'une inflammation et d'une suppuration considérable, elle est douloureuse et ne se cicatrise qu'avec une extrême lenteur; le seul avantage consiste en ce que les matières sécrétées ne sont point retenues. On a donc songé à la protéger; un pansement simple est absolument illusoire; la réunion immédiate fut alors tentée, si elle réussit, elle n'offre que des avantages, l'inflammation et la suppuration sont faibles et la plaie n'est pas douloureuse, la guérison surtout est hâtée; mais appliquée aux amputations, cette réunion immédiate est tout simplement impossible (un succès sur 1000) c'est une chimère, une illusion, d'après l'orateur, faisant d'innombrables victimes. Il fallait cependant protéger la plaie contre l'action des milieux; parmi les aérophobes les uns ne voient dans l'air qu'un agent passif, mais nuisible par les agents toxiques auxquels il sert de véhicule. De cette idée est né le bandage ouaté. C'est à cette même crainte des milieux que la méthode de réunion partielle doit son apparition, méthode à laquelle le docteur Azam apporta un remarquable perfectionnement. C'est une réunion partielle, un procédé mixte, qui doit être absolument distrait de la réunion immédiate; elle remédie à l'un des accidents principaux, la rétention du pus.

Sur 20 amputés qui meurent en campagne, 19, dit l'auteur, meurent de la blessure ou de fait de la constitution. Dans les hôpitaux 1 seul meurt de sa blessure, 3 ou 4 par leur constitution, le reste doit la mort à une influence délétère. Ce sont donc avant tout les moyens de protéger la plaie que l'on doit rechercher dans la pratique des hôpitaux. On a eu recours aux pansements réitérés afin de neutraliser le poison à mesure qu'il se forme. Enfin les chirurgiens cherchent à créer sur la plaie d'amputation un opercule artificiel au moyen d'un bandage ouaté. Dans les localités salubres ou pas trop insalubres la méthode de M. Azam est absolument acceptable; dans les milieux très-insalubres, au contraire, la réunion même partielle n'offrira que des dangers.

A la campagne M. Verneuil adopterait sans hésiter la méthode du docteur Azam; mais dans les milieux délétères les pansements ouatés sont indiqués et sauvent les malades. On ne saurait hésiter entre deux procédés dont l'un représente la sécurité et la simplicité des moyens employés, et dont l'autre, avec un mannel opératoire minutieux et complet n'offre, en compensation des dangers qu'il fait courir au malade, qu'une abréviation dans la durée de la cicatrisation.

Répondant aux objections de M. Verneuil, M. AZAM fait remarquer que son procédé est partout applicable et qu'en diminuant la longueur du séjour dans un hôpital l'on diminue d'autant les chances d'intoxication. Quant à la rétention du pus, elle n'est pas possible si le drain est appliqué avec soin. L'avantage de la méthode est d'obtenir une guérison incomparablement plus rapide qu'avec les autres moyens.

M. LEDENTU fait à son tour observer que l'influence des milieux doit avant tout préoccuper le chirurgien, et que si une méthode réussit à Paris, elle doit à plus forte raison réussir à la campagne. Dans certaines localités tous les procédés sont bons. C'est ainsi qu'au Creuzot sur 30 amputations, pratiquées par divers chirurgiens et des procédés différents, pas un opéré n'a succombé. Pour juger la méthode du docteur Azam il faudrait donc qu'elle ait été expérimentée dans des hôpitaux comme ceux de Paris, et pouvoir consulter des statistiques. M. Ledentu se rallie au drainage, c'est, dit-il, une indication; mais la simplicité du bandage ouaté doit le faire préférer le plus souvent; il est d'ailleurs convaincu de son utilité, la plaie est soustraite à l'influence des milieux, les complications sont pour la plupart évitées, et la quantité de pus fournie par la plaie est très-minime.

M. DIDAY, invoquant ses souvenirs, rappelle la pratique de Dupuytren dont il était l'interne en 1833 et 1834. Il appliquait, après l'amputation, un bandage roulé, par des bandelettes agglutinatives, puis une mèche de charpie était introduite profondément; enfin le quatrième jour, l'on enlevait le pansement. Comme on le voit, ajoute-t-il, la méthode de M. Azam n'est point en somme fort éloignée des procédés employés il y a 40 ans dans le pansement des amputés.

M. AZAM fait remarquer que cette mèche de charpie ne saurait être comparée au drain qu'il emploie: loin de faciliter l'écoulement du pus, elle devient un bouchon et détermine sa rétention.

M. le Dr OLLIER. Des expériences physiologiques entreprises par son interne M. Poncet, ainsi que l'observation clinique, lui ont montré que les liquides s'écoulaut d'une plaie sont d'autant plus septiques que la plaie est plus récente. Ayant remarqué qu'en employant l'occlusion dans les amputations, les accidents survenaient toujours dans les 24 ou 48 heures après l'opération, M. Ollier ne pratiqua plus dès lors l'occlusion que vers le 3me jour. L'amputation faite, M. Ollier ne fait aucun point de suture et applique au fond de la plaie des tampons imprégnés d'huile phéniquée. Le moignon est ensuite recouvert de couches de coton, le tout maintenu par quelques tours de bandes modérément serrés. Le membre est ensuite placé dans une gouttière, pour obtenir une immobilisation qu'il rendra, plus tard, plus parfaite lorsque sera venu le moment d'appliquer l'occlusion inamovible. En procédant ainsi,

M. le Dr Ollier, se met à l'abri de la septicémie, et peut facilement intervenir s'il se produisait une hémorrhagie secondaire. Dans le cas où M. Ollier l'a employé le drain peut, il est vrai, s'obturer, il a toujours vu cependant un suintement s'opérer par le drain durant les premiers jours et d'ailleurs, ce conduit n'adhérant point aux tissus environnants comme le fait une mèche, le pus trouve toujours un écoulement entre le drain et la plaie.

Il est très-important de donner issue aux liquides; aussi faut-il rejeter pendant le premier jour le bandage ouaté ; il se forme, en effet, une croûte, qui dès lors offre un obstacle au pus. Il faut avant tout se préoccuper de l'influence des milieux; la réunion immédiate qui, lorsqu'elle réussit, donne les plus excellents résultats, ne peut être employée dans les grands hôpitaux. Le Dr Ollier n'a vu qu'un seul cas de réunion immédiate dans son service. — Dans un milieu salubre la question perd toute importance, tous les procédés réussissent.

L'auteur mit à une époque en usage un procédé qui lui donna des résultats très-satisfaisants; il entourait le moignon d'une vessie remplie d'huile phéniquée, empêchait absolument le contact de l'air et des liquides s'écoulant de la plaie. Mais la difficulté d'application le lui fit abandonner. — L'époque à laquelle le bandage ouaté entouré d'un appareil inamovible, doit être appliqué, est subordonnée aux indications *thermométriques*. Il n'y a pas de règle absolue.

M. le Dr Fochier, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse, opérant dans un milieu relativement salubre, a adopté depuis longtemps les principes soutenus par M. Azam : réunion sur la plus grande partie de la plaie par un double plan de sutures, avec le soin de ménager un écoulement facile au pus, qui doit ou qui peut se former. Seulement il croit que le drain réalise mal ces indications. Il craint que M. Azam n'ait été conduit, par la conviction de l'utilité de son drain, à subordonner le choix du procédé opératoire au mode de pansement. De plus le drain se bouche et alors il faut employer ou des injections, ou pratiquer le cheminement, qui tous nuisent à la réunion cherchée. Il en est revenu à l'antique mèche, partant de l'os et aboutissant au point le plus déclive, mèche qu'il enlève le deuxième ou le troisième jour. Il convie les chirurgiens renommés, qui opèrent dans des milieux insalubres, à ne pas compromettre pas leur autorité les vieilles méthodes de pansement, qui lui semblent très-bonnes, sinon les meilleures, dans des conditions inverses.

M. Azam répond à M. Fochier qu'il ne subordonne point sa méthode opératoire à son pansement; depuis longtemps déjà il employait la méthode à lambeaux. Il croit qu'il faut faire les lambeaux égaux, et que le drain est préférable à la mèche. Il n'a jamais vu le drain se boucher dans 12 ou 15 opérations qu'il a pratiquées. Cela lui paraît d'ailleurs théoriquement difficile, vu la grande quantité de liquide séreux qui s'écoule durant les premiers jours. Il faut tenir compte des milieux, c'est au chirurgien à voir ce qu'il doit faire.

M. Courty. Le drain est un perfectionnement à la méthode qu'il emploie, il se propose de l'appliquer. Mais il s'élève contre le bandage ouaté car il redoute l'occlusion. Il ne recherche point la réunion immédiate absolue, ce qu'il s'efforce d'obtenir c'est la réunion des surfaces et non des bords de la plaie et l'immobilité la plus absolue, ce qu'il réalise avec la grande gouttière de Bonnet.

Des causes réelles de l'allongement ou du raccourcissement apparents dans la coxalgie. Tel est le titre de la communication de M. Verneuil.

Il n'y a guère de coxalgie sans difformités, sans altérations des parties voisines et déviation du membre malade. Dans l'immense majorité des cas les déformations pelviennes et fémorales se combinent et l'on arrive alors à des déviations extrêmement complexes. Mais il est deux formes cliniques plus communes que les autres: dans la première, il y a allongement apparent du membre avec abduction et rotation en dehors, abaissement du bassin et progression de l'épine iliaque antérieure et supérieure sur un plan légèrement postérieur; dans la seconde forme c'est l'inverse que l'on observe.

Mais ce n'est point dans tous les cas, que se produit cet ensemble de déformations ; toutes les formes intermédiaires peuvent s'observer, et, de plus, tel malade qui présente aujourd'hui un type donné de déformation, quelques jours après peut présenter le type opposé. Plusieurs explications ont été données de ce fait, entre autres, celle du docteur Valette, qui rattache à la position prise au lit par le malade, cette variation dans les déformations observées ; c'est ainsi que se produisent l'adduction quand le malade repose sur le côté sain et l'abduction lorsqu'il est couché sur le membre affecté.

L'attitude, il est vrai, exerce une certaine influence, mais l'allongement et le raccourcissement apparents sont surtout produits par les déviations du bassin; l'allongement apparent par son abaissement du côté malade, le raccourcissement apparent par son élévation. Il se produit donc un véritable mouvement de bascule du bassin. Mais pourquoi dans un cas le bassin remonte-t-il, pourquoi descend-il dans l'autre cas? C'est dans le système musculaire seul que l'on doit en chercher l'explication. Ce sont les muscles de la paroi abdominale mais surtout le carré des lombes, qui, par leur contracture produisent les mouvements.

Dans certains cas de raccourcissement apparent, la contracture du carré des lombes du côté malade amène presque au contact avec la crête iliaque, le bord inférieur de la dernière fausse côte ; la convexité s'observe du côté sain et la concavité latérale du côté malade ; dans le raccourcissement apparent l'inverse se produit. C'est donc dans la contracture du muscle carré de lombes qu'il faut chercher l'explication de l'allongement et du raccourcissement apparent : allongement apparent lorsque le muscle se contracte du côté opposé à l'articulation malade, raccourcissement apparent si la contracture se produit, au contraire, du côté où siége la coxalgie.

Le bassin peut encore être comme tordu sur son axe par la contracture des muscles des gouttières, c'est ainsi que, dans le racourcissement apparent, l'on peut constater que les muscles sont contracturés du côté opposé à la lésion. Quant à la cause déterminant la contracture tantôt du côté sain, tantôt du côté malade, et parfois alternativement, elle nous échappe entièrement.

Il est en général facile durant l'anesthésie de faire cesser ces déformations ; après avoir produit dans l'articulation des mouvements en tous sens, il suffit d'appuyer fortement le genou sur la convexité latérale, d'exercer des manipulations lentes, pour faire disparaître la contracture du carré des lombes et des muscles des gouttières. Le membre après ces manœuvres conserve une attitude normale, au lieu de reprendre sa position vicieuse, comme il le fait, si l'on se borne à faire exécuter des mouvements dans l'articulation de la hanche.

Déviation de la colonne vertébrale, par Daniel Mollière, chirurgien en chef désigné à l'Hôtel-Dieu.

M. Mollière présente les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur le lapin et le chat dans le but d'éclairer l'étiologie des déviations de la colonne vertébrale. A trois lapins très-jeunes et sur un petit chat, il a sectionné trois nerfs intercostaux, puis a réuni la plaie à l'aide de sutures métalliques. Chez trois de ces animaux la réunion par première intention a été obtenue et lorsqu'au bout de plusieurs mois, il a pratiqué l'examen anatomique, tout était revenu à l'état normal, il était même impossible de retrouver le point où la section avait porté. La régénération était parfaite.

Mais il n'en a pas été de même pour le quatrième animal. C'était un très-jeune lapin albinos, sur lequel il avait pratiqu la section de trois nerfs intercostaux, mais il avait eu soin de pratiquer l'arrachement du bout supérieur, sur une longueur d'un centimètre. Malgré une suture très-exacte, la plaie opératoire suppura quelque temps, puis la cicatrisation s'acheva. Rien ne pouvait faire soupçonner les lésions qu'il avait subies, mais dans sa démarche il présentait quelque chose d'asymétrique. Huit mois après, à l'autopsie, on observa une courbure vertébrale. M. Mollière n'a obtenu qu'une courbure latérale, avec déformation de la vertèbre. Elle siégeait au niveau des nerfs sectionnés et cependant leur régénération était aussi parfaite que possible, ainsi que celles des muscles ; la concavité de la courbure correspondait au côté sain. C'est le contraire que l'on observe dans le cas de scoliose consécutives à des pleurésies ou à des lésions inflammatoires de la colonne vertébrale. C'est à cause de cette particularité que M. Mollière reste convaincu que la déviation qu'il a obtenue ne doit pas être rattachée à la suppuration, mais bien à la lésion nerveuse. La suppuration n'a fait que retarder la régénération qui s'est produite trop rapidement sur les autres animaux pour laisser à la déformation le temps de se produire.

Cette observation est en tous cas la première reproduction expérimentale de déviations de la taille ; peut-être amènera-t-elle les chirurgiens dans un temps éloigné, à substituer aux sections musculaires, préconisées en pareil cas, la névrotomie.

Frantz Gromier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

MM. DÉROS ET MARGUERITTE, médecins de l'hôpital du Hâvre, adressent à l'académie une lettre dans laquelle ils regrettent de se trouver en opposition formelle avec les opinions émises précédemment par M. Lecadre, médecin des épidémies du Hâvre, mais ils ont constaté dans leur clientèle et dans leur service d'Hôpital plusieurs cas de choléra indien.

M. LINAS (de Paris) écrit à l'académie de médecine qu'il a soigné récemment avec M. Moissenet, une dame de Hambourg, depuis peu à Paris, qui a présenté tous les symptômes du choléra asiatique et en est morte. Depuis longtemps elle était atteinte de diarrhée.

M. DELPECH. Depuis la dernière séance l'état sanitaire de Paris au point de vue du choléra a complétement changé d'aspect en s'aggravant. Dans les journées du 5, 6, 7 et 8 septembre il y a eu en ville 30 décès occasionnés par le choléra. L'arrondissement qui paraît le plus atteint est le 11e où il y a eu 8 cas de morts. Dans les hôpitaux pendant le même laps de temps on a constaté 47 cas de choléra, dont 25 suivis de mort. A ces chiffres il faut ajouter 5 ou 6 cas qui ont pu ne pas être déclarés ou ont passé inaperçus; on arrive ainsi à un chiffre de 60 décès par le choléra tant en ville que dans les hôpitaux.

— L'ordre du jour amène le commencement de la discussion sur l'étude des diarrhées prémonitoires du choléra.

M. JULES GUÉRIN combat la doctrine de la propagation du choléra par l'importation, mais il appuie celle de la contagion. Toujours les épidémies de choléra ont été précédées de diarrhées et la plupart du temps les cas de choléra dits *foudroyants*, surviennent chez des personnes atteintes depuis longtemps de diarrhées bénignes ou légères qui prennent subitement un caractère d'acuité désastreux. Pour l'épidémie de 1832, les diarrhées prémonitoires ont été constatées par une commission de l'académie dont faisait partie Andral. Le conseil général de santé de Londres les affirmait en même temps. En 1849, MM. Barth et Michel Lévy les ont observées presque toujours. De même en 1853, M. Barth, M. Blondel et les rapports du conseil d'hygiène en font mention. En 1866, il y a pas eu de constatation officielle, mais chacun sait combien les diarrhées étaient communes et M. Pinel dans 200 cas de choléra soignés et observés par lui les a toujours vus précéder les accidents caractéristiques. Ceci admis que faire ? Prendre des précautions, les unes seront personnelles, les autres générales et administratives. Depuis longtemps on a établi en Angleterre des services de médecins qui vont à domicile voir et soigner les diarrhéiques. Aussi sur 130,000 atteints, 250 seulement eurent le vrai choléra et moururent quoique 6,000 fussent arrivés à une période extrême. En France ce système n'est pas appliqué ; toutefois, lors de la dernière épidémie, il l'a été partiellement pour les lycées, colléges et casernes, aussi on n'y a observé qu'un seul décès cholérique. Comment faut-il traiter ces diarrhées? M. J. Guérin propose d'abord les moyens ordinaires et quelquefois les opiacés, les boissons délayantes; si le mal résiste à ces moyens, employer l'émétique les purgatifs salins.

— Au cours de la séance l'académie a voté pour la nomination de deux membres correspondants étrangers. M. JOHN HUGUES BENNETT a été nommé par 28 voix sur 37 dans la première section (anatomie, physiologie, pathologie médicale, histoire naturelle) et M. DE VRY: par 27 sur 33 dans la quatrième section (physique, chimie, pharmacie).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les conduits biliaires,
par M. A. SEVESTRE, interne des hôpitaux.

L..., marchande ambulante, âgée de 52 ans, entre le 26 mai 1873 à l'Hôtel-Dieu (service de M. FAUVEL), salle Sainte-Anne nº 29. Cette femme, amaigrie et dans un profond état de cachexie, fait remonter à 15 jours seulement le début de sa maladie. A cette époque, en revenant du marché, elle fut prise de vomissements et de diarrhée.—Les vomissements ont continué pendant deux jours, puis ont cessé ; — la diarrhée a persisté jusqu'au moment de l'entrée. La malade dit s'être très-bien portée jusqu'alors. Elle a seulement eu il y a 20 ans une jaunisse qui n'a duré que quelques jours. Par l'examen du ventre, on reconnaît immédiatement l'existence d'une tumeur à l'épigastre, tumeur véritablement énorme et dont cependant la malade ne s'était point aperçue jusqu'au moment où elle fut prise des accidents signalés plus haut. Cette tumeur lisse, rénitente, qui se continue avec le foie, est considérée sans hésitation comme formée par un kyste hydatique, développé surtout vers la face convexe du foie; en effet, on retrouve le bord antérieur de cet organe au niveau de l'ombilic, et en ce point il paraît assez mince, au moins à droite. Par la partie supérieure la matité se continue assez haut en avant et surtout en arrière où l'on ne trouve de cavité qu'à la partie supérieure (à peine la moitié) du thorax. Pas de frémissement hydatique, ni rien qui lui ressemble. — Du reste les troubles dans les fonctions digestives, résultant de la présence de cette tumeur, sont à peu près nuls. La malade présente une teinte terreuse analogue à celle des gens affectés de cirrhose hépatique plutôt qu'une teinte ictérique véritable ; pas de pigment biliaire dans l'urine. Pas d'ascite. Seulement un peu de douleur dans la région hépatique, douleur profonde que la pression n'exagère point. Par contre la respiration est très-gênée, probablement par le fait de la compression du poumon droit refoulé en haut et peut-être plus encore par l'immobilisation du diaphragme. Aussi la ponction serait-elle immédiatement pratiquée si l'état général de la malade n'était point aussi détérioré et ne faisait craindre une syncope pendant l'opération. — La mort survint le 3 mai.

AUTOPSIE. Le *poumon droit* est réduit au volume du poing; le *gauche*, emphysémateux, est un peu congestionné à la base. La *tumeur* remplit une bonne partie de la cavité thoraco-abdominale; elle est en haut coiffée par le diaphragme qui lui adhère intimement dans la plus grande partie de son étendue. — La *paroi* du kyste, à la partie supérieure, est très-mince et paraît même sur le point de se déchirer (au moment où la tumeur fut enlevée elle se rompit dans la plèvre droite). — Cette rupture n'aurait probablement, pas tardé à se faire spontanément si la malade avait survécu. Le kyste ayant été incisé, est trouvé rempli d'un liquide purulent dans lequel nage la *vésicule hydatique* détachée de la paroi par la suppuration. Cette membrane s'engage aussi dans un orifice qui, après dissection des organes qui se trouvent au niveau du sillon transverse, est reconnu pour le conduit hépatique. En effet, le *canal cholédoque* est aussi rempli par un *prolongement de la membrane hydatique* repliée sur elle-même et teinte par la bile. Ce prolongement s'arrête au niveau de l'orifice duodénal lequel est très-petit, mou, non oblitéré. Le canal cholédoque a un diamètre un peu supérieur à celui d'un crayon. En suivant alors ce canal jusque vers la poche hydatique, on voit que la rupture du kyste s'est faite dans le conduit hépatique du côté gauche tout près du point où il s'abouche avec celui du côté droit. Celui-ci est normal et rempli de bile. La membrane hydatique est par places dans l'intérieur de la poche kystique teintée par la bile. Le conduit hépatique gauche peut être suivi dans la paroi de la tumeur jusqu'à une distance de 6 ou 8 centimètres. Là il devient de plus en plus aplati et ses parois se confondent.

M. CHARCOT. J'ai publié naguère une observation analogue. Les hydatides s'étaient fait jour dans les voies biliaires, une poche faisait saillie dans le canal cholédoque. On trouvera ce fait dans la thèse de M. Cadet de Gassicourt et dans le *Traité* de M. Davaine.

M. DU CASTEL rappelle qu'il a communiqué à la Société un cas dans lequel les hydatides avaient envahi le canal hépatique.

M. BOUILLY pense qu'il convient de rapprocher des faits précédents celui dont il a donné la relation, l'an dernier, à la Société.

M. DESPRÉS a vu la vésicule biliaire, considérablement distendue par des hydatides, venir descendre jusque dans une hernie inguinale.

CORRESPONDANCE

Le Congrès médical international de Vienne. — Le choléra.

Berlin, le 9 septembre 1873.

Les travaux du Congrès médical international de Vienne préoccupent assez vivement les médecins berlinois. — Un certain nombre de journaux médicaux ont reproduit le compte-rendu des séances; mais, pour être bien renseigné, il vaut mieux recourir à la « Neue freie Presse, » journal politique important qui publie chaque jour les travaux de la grande assemblée médicale.

On sait que la séance d'ouverture a eu lieu le 1er septembre, sous la présidence de l'archiduc Rainer; celui-ci a prononcé un discours de bienvenue, auquel a répondu en italien le professeur Ratti (de Rome). — Le vénérable Rokistanski a pris ensuite la parole et tracé, dans un style élevé, la tâche que le Congrès est appelé à remplir; il a été très-vivement applaudi. Le lendemain ont commencé les travaux; un des sujets qui semble le plus préoccuper les membres du Congrès, c'est le choléra, et spécialement la question des quarantaines. La discussion de ce dernier point a été excessivement intéressante, et cela devait être, car le Congrès est véritablement international, et des médecins de pays même très-éloignés ont apporté des observations et des faits tout à fait originaux. Voici, du reste, la liste des principaux orateurs qui ont pris part à la discussion : Grusz (Pesth); Eulenberg (Berlin); Camensloa (Brésil); Hassan Efendi (Egypte); Gregoric (Croatie); Crocq (Bruxelles); Schertzer (Vienne); Schneider (Java), et Horfman (Norwége), etc.

Un grand nombre d'avis différents ont été émis sur la question des quarantaines en cas de choléra : les uns les déclarent utiles; d'autres, en grand nombre, les jugent complétement inutiles et même dangereuses. Le Congrès a différé son vote et ne donnera son avis définitif que plus tard, lorsque le travail de la Commission d'études sera terminé.

Voici le programme des travaux de l'assemblée : 4 septembre : assainissement des villes; 5 septembre : de l'emploi d'une pharmacopée universelle, de la position sociale du médecin; 6 septembre : continuation des précédentes discussions; choix du lieu où se tiendra le prochain congrès; 7 septembre (dimanche) : banquet; 8 septembre : discussion sur les quarantaines en général, — clôture du Congrès, prononcée par le président, M. Rokistanski........

... Le choléra prend toujours plus d'extension. A Berlin, il y a eu jusqu'au 28 août 220 cas. De ce jour au 4 septembre se sont déclarés 127 cas; du 4 au 5, il y a eu 24 cas et 10 décès. Depuis le commencement de l'épidémie, on arrive à un total de 371 cas. Sur ce chiffre, il y a eu 233 décès.

Dans les provinces prussiennes, l'épidémie prend un degré de gravité tel que le gouvernement vient d'y envoyer des médecins. Un grand nombre se sont fait inscrire : l'Etat leur donne 5 thalers par jour.

Voici des chiffres pour les diverses villes qui sont le plus atteintes :

Kœnigsberg. — Du 24 au 31 août, 381 cas, 175 décès; — 31 août, 37 cas, 22 décès; — 4 septembre, 27 cas, 14 décès. — Un télégramme de Kœnigsberg, daté du 6 septembre, annonce que l'épidémie décroît sensiblement.

Magdebourg. — Le 31 août, 64 cas, 36 décès; — 1er septembre, 36 cas, 45 décès; — 5 septembre, 38 cas, 20 décès.

A *Munich*, où nous avons signalé l'épidémie à son début, le nombre total des cas de choléra atteint le chiffre de 669, le 31 août dernier, dont 287 terminés par la mort. — A *Würtzbourg*, du 18 juillet au 30 août, se sont déclarés 112 cas, dont 43 décès; le 31 août, 2 cas et 1 décès. — *Heilbron*, il y avait à la fin d'août 73 cas et 21 décès.

A *Dresde* se sont aussi déclarés quelques faits de choléra.

Enfin à Vienne, du 21 au 27 août, on a enregistré 304 cas. Dans ce même laps de temps, il y a eu 135 décès (1).

Les correspondances de Limberg ne nous ont point donné, dans le courant de cette semaine, des nouvelles sur la marche du choléra en Gallicie.... L. E. D.

(1) Voir p. 167 les renseignements du 27 août au 2 septembre.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

IV. Recherches sur la structure normale du corps thyroïde par le Dr Boéchat, ex-interne des hôpitaux de Paris.

Le travail de M. Boéchat interne des hôpitaux, inspiré par M. Ranvier, et fait dans le laboratoire du collége de France sous son habile direction est fort important.

Les recherches personnelles de l'auteur, résumées par lui, sont les suivantes :

« Tout d'abord j'ai tout lieu de croire que les cavités du corps thyroïde, considérées habituellement comme des vésicules closes, communiquent largement les unes avec les autres; elles forment ainsi un système de canaux dans toute l'étendue de l'organe. Cependant la démonstration complète de ce fait me manque encore.

En second lieu, je crois avoir montré que l'épithélium de revêtement, mis en doute par Kohlrausch et par Virchow, existe réellement : il forme à lui seul la paroi de ces cavités, et il est ordonné en un grand nombre de points à la membrane en dothéliale des lymphatiques.

De plus, j'ai observé que les vaisseaux lymphatiques ne se terminent pas en culs de sac, au niveau des vésicules : ils ne sont pas non plus formés simplement par des cavités creusées dans la charpente conjonctive, comme le veut Frey. Ils sont beaucoup plus développés que ne l'a dit cet histologiste, et ils présentent une paroi constituée par un endothélium continu; ils forment un réseau caverneux étendu à tout l'organe. Les alvéoles, ainsi que les vaisseaux se creusent une voie dans les travées de tissu conjonctif qui soutiennent les larges sinus lymphatiques. »

V. Considérations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la vessie.

— M. le docteur Guilhaud, ancien externe de l'hôpital Necker a fait, précéder son travail sur la pathologie de la vessie, de quelques considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie de l'organe. Reprenant les idées de MM. Alling et Jolyet, il indique que l'absorption vésicale n'a lieu que lorsque l'épithélium de la muqueuse est détruit.

Relativement à l'anatomie, l'auteur rapporte simplement les différentes opinions émises par les auteurs, soit sur l'existence des glandes, soit sur le centre génital, etc.

VI. Absorption cutanée, expériences Physiologiques.

M. le docteur Brémond, médecin de l'asile national de Vincennes, dans une brochure intitulée *Absorption cutanée* rapporte des expériences entreprises dans un but physiologique et thérapeutique. Les deux principales conclusions sont les suivantes : 1° L'absorption cutanée d'une substance médicinale non volatile ne peut être niée; elle est établie par l'expérimentation. — 2° Dans les cas ordinaires, elle n'est possible qu'à la température de 38°, c'est-à-dire à un degré au moins supérieur à la température du corps. R. F.

VII. Entrecroisement des nerfs optiques, par le Dr Mandelstamm.

On a jusqu'à présent admis que dans le chiasma des nerfs optiques, les fibres externes superficielles ne participent pas à l'entrecroisement qui ne serait ainsi que partiel. D'après le docteur Mandelstamm (*Centralblatt*, 1873, n° 22), cette opinion serait erronée, et l'entrecroisement serait complet; il appuie son dire de recherches anatomiques, et d'expériences physiologiques.

Les recherches anatomiques consistent en dissections de chiasmas optiques humains durcis dans des solutions potassiques très-concentrées, à l'aide de l'éclairage oblique et de la loupe, et en coupes horizontales. Les expériences physiologiques consistent à enlever la paire antérieure des tubercules quadrijumaux et la couche optique d'un hémisphère sur un tout jeune lapin, à examiner ultérieurement les yeux à l'ophthalmoscope, et enfin à faire l'autopsie. L'ophthalmos-

copé a fait voir, dès la fin de la septième semaine, une disparition totale ou presque totale des fibres nerveuses à double contour de la rétine dans l'œil opposé aux tubercules enlevés et leur conservation parfaite dans l'œil du même côté. L'autopsie et l'examen microscopique ont confirmé les résultats ophthalmoscopiques.

Appliquant cette nouvelle théorie aux hémiopies dues à des lésions intracrâniennes, le docteur Mandelstamm en conclut que les néo-plasmes de la ligne médiane du cerveau, en avant du chiasma, sur les lobes frontaux, doivent provoquer des hémiopies temporales (par exception des deux moitiés internes des rétines) ; — les processus morbides derrière le chiasma, des hémiopies nasales (par exception des deux moitiés externes des rétines) ;— les lésions dans la scissure de Sylvius des hémiopies latérales, parce que dans ce cas un angle externe du chiasma et par suite un nerf optique, se trouvent atteints. Ces deux dernières formes d'hémiopie, peu ou mal expliquées jusqu'ici, ont, suivant l'auteur, fait commettre des erreurs sur le siége des néo-productions cérébrales. La publication prochaine d'un travail plus complet dans les *Archives de Graefe* fera connaître plus complétement les idées de l'auteur à ce sujet. (Trad. E. T.)

BIBLIOGRAPHIE

De la fièvre dans les maladies des voies urinaires, par le docteur Malherbe, interne des hôpitaux. — Brochure de 150 pages avec nombreuses courbes thermiques. — Ad. Delahaye.

Dans le cours d'une maladie des voies urinaires, soit spontanément, soit après une opération, on peut voir survenir les phénomènes suivants : Le sujet est pris tout à coup d'un frisson violent qui dure un temps variable et qui ne peut être comparé dans les cas graves qu'au frisson de l'infection purulente. A ce frisson succède une période de chaleur et une période de sueur abondante après laquelle, dans certains cas, le malade est absolument soulagé et revient à son état normal. Plus souvent, cet accès se prolonge et le patient conserve pendant trois ou quatre jours une température fébrile. L'accès dont nous venons de donner les traits principaux est seul ou suivi de plusieurs autres qui surviennent à des intervalles variables.

Dans un grand nombre de cas qui s'observent surtout chez les vieillards, la fièvre au lieu de tomber complètement, persiste dans une forme plus atténuée et se prolonge pendant plusieurs semaines et même pendant plusieurs mois avec ou sans accès plus intenses. Il y a donc deux formes de fièvre : — la fièvre qui procède par grands accès ; c'est la forme aiguë ; — la fièvre à forme lente qui revêt le type continu rémittent.

La *première partie* du mémoire de M. Malherbe est consacrée à l'étude des symptômes de la fièvre urémique en général et à une revue des accidents fébriles dans chaque maladie des voies urinaires en particulier. 60 observations dont 20 avec tracés thermographiques permettent à l'auteur de formuler les propositions suivantes : 1° Un malade qui a déjà eu spontanément des accès est par cela même prédisposé à en avoir d'autres après le passage des instruments. 2° Ces accès doivent bien être mis sur le compte de l'opération puisque, chez certains calculeux, ils sont constants à la suite des séances tandis qu'on n'observe pas de fièvre dans l'intervalle de ces dernières. 3° Ils sont quelquefois assez graves pour menacer la vie des malades et sont d'autant plus à craindre que le malade est plus âgé. 4° Conformément à l'opinion de divers auteurs, notamment Civiale, Philips et Dollbeau, les accès vont diminuant de gravité de séance en séance, ce qui tient probablement à la diminution du volume de la pierre, ainsi qu'à l'accoutumane de l'urèthre et de la vessie au contact des instruments. 5° Même chez les malades qui n'ont pas d'accès de fièvre à proprement parler, il y a constamment un peu d'élévation de température le soir de chaque séance. 6° La cystite qui survient assez fréquemment après les séances n'a que peu d'influence sur l'état fébrile.

Cette première partie du travail de M. Malherbe contient un grand nombre de faits patiemment observés, aussi peut-on admettre comme rigoureuses les conclusions que l'auteur en a tirées et que nous venons d'énoncer.

En est-il de même de la *deuxième partie* qui traite de la nature de la fièvre et de ses rapports avec les lésions rénales ? Battant en brèche les théories généralement adoptées et particulièrement celles de M. Maisoneuve se prononçant pour la résorption de l'urine toute formée, celles de Civiale et Reliquet rapportant tous les accidents de l'intoxication urineuse à la pénétration de l'urine dans le sang, soit par une plaie, soit par l'absorption au travers, du chorion dénudé des muqueuses vésicales ou uréthrales, M. Malherbe admet comme *source unique de la fièvre* l'inflammation des reins. Pour prouver cette proposition l'auteur produit un certain nombre d'arguments :

1° L'identité des symptômes entre la fièvre urémique et la néphrite interstitielle qui survient en dehors des maladies des voies urinaires.

2° Au point de vue théorique, à moins qu'on n'admette les opinions de M. Maisoneuve qui ne paraissent pas répondre aux faits, on ne comprend pas comment de simples lésions de l'urèthre et de la vessie pourraient amener par elles-mêmes le développement de symptômes complexes comme ceux de la fièvre urémique. — Le rein, au contraire, vu l'importance de sa fonction, ne saurait être malade sans qu'il en résulte des troubles sérieux dans l'économie entière. Qu'il y ait arrêt ou simple diminution dans la sécrétion urinaire (congestion du rein, néphrite interstitielle) ou que l'urine soit secrétée avec des qualités anormales (maladie de Bright), on voit immédiatement cette perversion fonctionnelle retentir d'une manière variable, mais toujours grave, sur les autres fonctions.

3° Les faits cliniques viennent à l'appui de cette manière de voir ; le rein est *presque toujours malade* chez ceux qui succombent à une fièvre urémique de quelque durée.

Pour résumer cette seconde partie du mémoire de M. Malherbe nous nous servirons des propres paroles de l'orateur : « *La fièvre urémique paraît être toujours l'expression d'une lésion rénale passagère ou permanente, lésion qui a pour conséquence un trouble profond de la sécrétion urinaire et par suite la rétention des matériaux de l'urine dans le sang.* »

Nul doute que dans bon nombre de cas les choses ne se passent comme l'indique M. Malherbe ; mais sa théorie doit-elle englober tous les cas sans exception ? Il est bien difficile de se prononcer à cet égard ; en tous cas, nous devons nous tenir sur la réserve, attendre d'autres observations où sera noté avec soin l'examen de l'urine qui malheureusement a été oublié par l'auteur, et qui à lui seul eut suffi pour donner un appui solide à la théorie.

En résumé, — étude consciencieuse de la fièvre urineuse, basée sur un grand nombre de faits personnels ; — théorie ingénieuse se basant sur les rapports de l'état fébrile avec les lésions du rein ; — en voilà assez pour recommander la lecture de cet ouvrage écrit avec une véritable méthode et une grande précision.

G. Peltier.

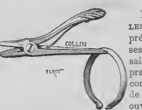


Fig. 9.

Nouvelle pince pour saisir les aiguilles fines. — M. le docteur Galézowski a présenté à l'académie une pince fabriquée sur ses indications par M. Collin et destinée à saisir fortement les aiguilles les plus fines pour pratiquer les sutures des paupières ou de la conjonctive. Cette pince se fixe à l'indicateur de la main droite, au moyen d'un anneau ouvert le pouce appuie sur l'autre branche pour la fermer et l'aiguille est fortement saisie entre les mors garnis de plomb. Vu le peu de longueur de l'instrument c'est pour ainsi-dire entre les doigts que l'aiguille est saisie et pour cette raison on la dirige avec plus de délicatesse et de précision à travers les tissus. (Fig. 9.)

NOUVELLES

Mortalité a Paris. Du 30 août au 5 septembre, 817 décès. Rougeole 11 ; — fièvre typhoïde, 32 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë 23 ; pneumonie, 30 ; — dyssentérie, 9 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 44 ; — choléra nostras, 3 ; — angine couenneuse, 9 ; — croup, 10 ; — affections puerpérales, 3.

LONDRES. Du 24 au 30 août, 1,477 décès. Dyssentérie 4; — diarrhée, 277; — choléra nostras, 12.

CHOLÉRA. *Autriche.* On signale cette semaine, dit le *Viener mediz. Wochensch.*, une légère augmentation dans l'épidémie ; le nombre des malades, en ville et dans les hôpitaux, varie de 75 à 115 par jour. Le 27 août, 75 malades, le 28, 86; le 29, 80; le 30, 94; le 31, 115; le 1er septembre, 95; le 2, 94. La mortalité est d'environ 50 p. 0/0; cette proportion a été dépassée dans la seconde moitié de la semaine. Le VI quartier (Moriatril) est le plus éprouvé ; il y a plusieurs cas de mort rapide chez des enfants. Les autres quartiers n'offrent entre eux que de légères différences, dont rien ne rend compte. L'état sanitaire de la ville, à part le choléra, est extraordinairement bon ; le total des malades dans les hôpitaux de Vienne a baissé. Dans les faubourgs de Vienne l'épidémie augmente et dans les environs, de nouveaux foyers se déclarent. Les districts de Lilieufels, Mistelbach, Obertroltabrun, Waidhofen et Zwettel sont seuls indemnes jusqu'à présent, à Enzcesdorf près Brum, l'épidémie décroit; mais à Mauk, district de Scheibh, une grande augmentation a nécessité l'envoi d'un personnel spécial.

Italie. — D'après le n° du 6 septembre de la *Gazzetta medica italiana venete*, la dernière province infestée par le choléra serait celle de Rovigo. Il règne, à un degré modéré, dans le Frioul et diminue à Trévise et à Venise. Les provinces d'Istrie et de Trente sont envahies. Il existe toujours à Parme, dans les Marches et à Gênes.

Le Hâvre. — D'après notre correspondant le choléra a diminué et l'épidémie paraît toucher à sa fin. Par contre, il nous signale l'apparition de la dyssentérie et de la fièvre typhoïde, principalement aux environs de la ville.

Rouen. Du 30 août au 6 septembre, il y a eu 65 décès cholériques (42 en ville, 19 à l'Hospice général, 4 à l Hôtel-Dieu.) Le total des décès depuis le début de l'épidémie (4 août) jusqu'au 6 septembre est de 193.

Evreux. C'est à tort qu'on a répandu le bruit que le choléra avait passé à Evreux Les renseignements que nous recevons de cette ville nous apprennent que depuis le commencement de l'année jusqu'à ce jour il y a eu 2 décès par diarrhée, 4 par choléra infantile, 2 par le choléra sporadique (9 et 22 août). Enfin, le 1er sept. une femme de 29 ans, atteinte de phthisie laryngée, a succombé à des accidents cholériformes.

Lisieux. — Contrairement à l'avis inséré dans la *Gazette des hôpitaux*, la ville de Lisieux non-seulement n'a pas été visitée par le choléra, mais encore son état sanitaire est excellent.

Hôpital de la Charité. — 10 décès par les affections cholériformes et le choléra du 4 au 11 septembre : diarrhée cholériforme, 1, — choléra nostras, 3, — choléra asiatique, 6, — d'autres malades sont encore en traitement. Au point de vue du sexe, ces malades se répartissent ainsi : 5 femmes, 7 hommes. Ils appartiennent pour la plupart à la rive gauche. 5 d'entre eux sont entrés le 5 septembre.

Hospice de la Salpêtrière. — 1 décès le 4 septembre et un le 5.

Hôtel-Dieu. — Du 4 au 11 septembre, 15 cas, 8 décès: 7 femmes, 8 hommes. Ces malades proviennent des 1er, 2e, 3e 4e, 5e et 19e arrondissements.

Hôpital Lariboisière. — Du 4 au 10 septembre, 13 cas, 8 décès (8 f. et 5 h.) Trois cas se sont déclarés dans l'hôpital.

Hôpital Saint-Antoine. — Du 5 au 11 septembre, 4 cas (3 femmes, 1 homme) deux décès. Marche rapide. Les 4 malades ont de 21 à 27 ans.

Hôpital St-Louis. — Le 29 août, deux malades de l'hôpital sont morts du choléra. Le 4 septembre, 4 cas, dont 3 développés dans l'intérieur de l'hôpital. Du 4 au 11 septembre, il y a eu 15 cas ; dix appartiennent à des malades entrés pour une autre affection à l'hôpital. On compte dix hommes et 5 femmes. Ces cas proviennent des 10e, 11e, 12e, 18e et 19e arrondissements. Dans plusieurs cas la mort est survenue promptement.

Hôpital de la Pitié. — Il y aurait eu quatre cas de choléra (2 décès) et 4 autres cas d'affections cholériformes (2 morts) du 4 au 11 septembre.

— Dans une même maison, M. le Dr Landur a observé deux cas à marche en quelque sorte foudroyante (6 à 10 heures) l'un de ces malades n'avait pas eu de diarrhée prémonitoire.

QUARANTAINE. — Tous les navires, sans exception arrivant à destination de Bordeaux, doivent désormais s'arrêter sur rade de Panillac pour y subir la visite des agents sanitaires.

Les navires quittant Bordeaux devront tous se munir d'une patente de santé. Cette patente de santé sera nette et pourra servir à éviter l'application des mesures quarantainaires prises par plusieurs pays voisins contre nos provenances françaises.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL — TROISIÈME SESSION A VIENNE. Le congrès médical international, est ouvert le 1er septembre. Les résultats paraissent devoir être les mêmes qu'à Paris et à Florence, c'est-à-dire nuls. Quelle solution attendre sur les plus hautes questions scientifiques sociales et économiques de la lecture des théories écrites dans le cabinet ? Quelle importance attacher à des conclusions comme celles que le congrès accueille au bout de deux heures de lecture sur la vaccination obligatoire, sur la réglementation de la prostitution, sur la quarantaine de choléra, sur la nature de cette maladie, sur l'assainissement des villes ? Aucune ville n'en tiendra compte, et les quelques gouvernements qui ont envoyé des délégués, l'ont fait par courtoisie pour la direction de l'exposition plutôt que dans le dessein d'en tirer des règles de conduite. Il y a eu un congrès à Constantinople où avaient envoyé des délégués tous les gouvernements et seulement ceux pour lesquels il avait une grande importance. On n'y traita plusieurs mois que la question du choléra, et le résultat fut nul. Qu'attendre maintenant d'un congrès improvisé comme celui d'aujourd'hui, auquel, quoiqu'on dise, la plupart des Etats ne sont pas représentés officiellement ? L'Angleterre, la Suède, la Turquie, etc., n'ont aucun délégué, la France est représentée par l'inventeur des congrès internationaux, l'Italie, la voisine de l'Autriche, par le président du congrès de Florence, l'Amérique du Nord par un allemand ! A l'exception des Viennois du comité, les spécialistes renommés brillent par leur absence ainsi que les épidémiologistes, les historiens et les géographes médicaux ; en fait de professeurs d'Université il n'y a que trois membres du comité et le recteur. Un pareil congrès, de l'aveu de tous les étrangers, ne peut offrir aucun intérêt, quant même le comité déploierait plus de bonne volonté qu'en n'en met à faire croire le contraire. Le secrétaire général peut bien proclamer que « les législateurs de tous les pays attacheront sans doute une grande importance aux conclusions d'un congrès que préside un prince éclairé » ; nous pouvons croire que cette assertion a surtout pour but de faire plaisir à l'archiduc Régnier. (*Viener med. Wochenschrift.*)

CONCOURS. Le concours pour les prix de l'internat dont nous avons indiqué dans le n° 13 la composition du jury, s'ouvrira le 3 novembre. — Le concours pour l'*internat* s'ouvrira le lundi 13 octobre à midi précis. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'il sont tous obligés de prendre par au concours sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux. On s'inscrit tous les jours de une heure à 3 heures depuis le 11 sept. jusqu'au 27 sept. inclusivement — Nous rappelons que le concours pour l'*externat* s'ouvrira le 6 octobre.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Sont nommés à l'école préparatoiro de médecine et de pharmacie de Reims : 1° Professeur de physiologie (chaire transformée) M. Décès, professeur d'anatomie et de physiologie ; 2° Professeur d'anatomie descriptive (chaire transformée,) M. Doyen, professeur adjoint de pathologie externe ; — 3° Professeur de thérapeutique (chaire transformée) M. Malden, professeur d'histoire naturelle et matière médicale ; — 4° Professeur d'histoire naturelle et matière médicale (chaire transformée) M. Lemoine, suppléant, en remplacement de M. Maldan ; 5° Professeur adjoint de pathologie externe ; M. Luton, suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Doyen ; — Suppléant pour les chaires de médecine, M. Henrot, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Luton.

SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE. *Association française contre l'abus des boisson alcooliques. Prix à décerner en 1874.* — 1re *Question.* — Déterminer à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation, les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs. Le prix sera de 1,500 francs. Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette 1re question pourront être traités séparément.

2e *Question.* — Conseils au peuple sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques et les avantages de la tempérance. Le prix sera de 500 francs.

Prix à décerner en 1875. — 1re *Question.* — Montrer, par des recherches statistiques circonscrites à un arrondissement ou à un canton et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de la vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

2e *Question.* — Étude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude les données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

3e *Question.* — Étudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

4e *Question.* — De l'organisation des centres de réunion pour les ouvriers des villes et des campagnes, et de leur utilité au point de vue de la tempérance. Pour chacune de ces quatre dernières questions, le prix sera de 500 francs. Le programme détaillé de ces divers sujets de prix a été publié pour la 1re question (prix de 1874) dans le n° 1 des Bulletins de la Société et pour les 5 autres dans le n° 3.

Nota. — Les mémoires, écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, devront être envoyés à M. le Dr LUNIER, secrétaire général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, à Paris, pour les prix de 1874, avant le 1er janvier de la même année et pour ceux de 1875, avant le 1er décembre 1874.

VIANDE DE CHEVAL. — Pendant le premier semestre 1867, on a livré à la consommation, à Paris, 893 chevaux, ânes et mulets, qui ont donné 166030 kilog. de viande. Pendant le premier semestre 1870 (avant la guerre) 1,992 animaux ont donné 366,440 kilogr.

Enfin pendant le semestre correspondant de 1873, on a livré à la boucherie 5,186 animaux qui ont fourni 883,840 kilogr. de viande, non compris le cœur, le foie, la cervelle, la langue, etc ; qui sont consommés comme ceux du bœuf. On constate le même progrès en province.

Les chevaux de boucherie sont payés en moyenne 125 à 150 fr. environ. La nouvelle industrie augmente donc la valeur des chevaux usés et non maledes de plus de 100 fr ; de sorte que la fortune publique de la France se trouve accrue de 400 millions environ par l'admission de la viande de cheval dans l'alimentation publique.

NOMINATION. — Le docteur Ceradini de Milan, vient d'être nommé, eprès concours, professeur de physiologie à Gênes. (*L'Oservatore.*)

HÔPITAUX MARITIMES EN ITALIE. — L'Italie possède sept établissements placés sur les hords de la mer et où sont soignés les enfants scrofuleux. De plus, il y a dix localités qui ont institué soit dans des couvents, soit dens des maisons municipales, des asiles spéciaux pour la même catégorie de malades.

VACANCES MÉDICALES. — A céder immédiatement une clientèle, à Paris. Recette de 1872 : 17,500 fr., dont on peut justifier. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du journal, de midi à 4 heures.

— On demande un médecin à Mézidon, chef-lieu de canton du département du Calvados.

Ce hourg, situé au centre de la vellée d'Auge, est traversé par trois lignes de chemin de fer, dont une en construction (chemin de fer de Mézidon à la mer). La population avec les communes environnantes (6 kilomètres de distance) est de 4,000 habitants. S'adresser pour les renseignements :

A MM. Serres et Cruet droguistes, 3, place Saint-Opportune, Paris. A M. Malhéné docteur médecin, à Auteuil, Paris. (*Courrier méd.*)

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *6, Rue des Écoles.*

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpêtrière recueillies par BOURNEVILLE. IIe série, 1er fascicule: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice* ; in-8° de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr ; pour les ABONNÉS du *Progrès médical* 1 fr. 15 franco.

FORTIN (Ed.) Etude sur l'épidémie de variole qui a sévi dans le département de l'Eure pendant les années 1870 et 1871. In-8° de 50 pages. Evreux. Imp. A. Herissey.

BULLETIN des travaux de la Société médico-pratique de Paris. Années 1868-1872. — Grand in-8° de 144 pages. Paris, 1873. Typographie Malteste, rue des Deux-Portes-St-Sauveur.

ALVARENGO (Da Costa). De la thermoséméiologie et thermacologie, analyse de la loi thermo-différentielle, observations originales touchant l'influence de divers moyens thérapeutiques sur la température pathologique. Trad. du Portugais par J.-F. BARBIER. In-8 de 132 pages. Lisbonne, 1872.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 15 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 SEPTEMBRE 1873

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.................. 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES : 1 page.... 200 fr. ; 1/2 page.... 100 — ; 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

De la compression lente de la moelle (1)

Leçons recueillies par BOURNEVILLE.

POULS LENT. — PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR LES LÉSIONS DU RENFLEMENT LOMBAIRE.

Messieurs,

(*f*). Un des faits les plus intéressants, mais aussi, si je ne m'abuse, les moins remarqués, de la symptomatologie des lésions spinales cervicales, c'est, sans contredit, le *ralentissement permanent du pouls* que l'on observe quelquefois en conséquence de ces lésions.

L'observation chirurgicale a depuis longtemps reconnu que les fractures des vertèbres cervicales ont assez souvent pour effet de déterminer un ralentissement remarquable des battements du cœur. Telles sont, en particulier, les fractures intéressant les 5e et 6e vertèbres du cou. M. Hutchinson a vu, en pareil cas, le pouls, — qui toujours alors, suivant lui, reste régulier contrairement à ce qui aurait lieu s'il s'agissait de la commotion cérébrale — ne plus battre que 48 fois à la minute (2). Suivant M. Gurlt, dont je vous ai recommandé déjà la statistique importante, les battements peuvent même descendre jusqu'à 36, 20. Les fractures de la première dorsale paraissent être susceptibles elles-mêmes d'amener le ralentissement des pulsations (1). Bien entendu toute intervention de la commotion cérébrale se trouve écartée dans ces observations. Dans la règle, le ralentissement du pouls lié aux fractures de la région cervicale est un phénomène essentiellement transitoire et bientôt il fait place à une accélération très prononcée et presque toujours de mauvais augure.

Il arrive cependant parfois qu'il persiste, à titre de symptôme permanent, pendant plusieurs semaines. Je reviens à ce propos sur le cas du docteur Rosenthal (de Vienne) que j'ai mentionné plus haut : Un enfant de 15 ans reçut un coup qui le frappa dans la région de la 6e vertèbre cervicale. Les symptômes d'une commotion cérébrale légère et tout-à-fait transitoire se manifestèrent aussitôt, accompagnés d'une hémiplégie du côté droit qui, elle-même, ne dura pas plus de 24 heures. Néanmoins pendant les quatre semaines qui suivirent l'accident, en outre de la dilatation pupillaire déjà signalée, on remarqua que les chiffres des battements du cœur restaient, d'une façon permanente, très-notablement abaissés. Les pulsations oscillaient entre 56 et 48 par minute. Le malade guérit complétement.

Ce cas, très-remarquable incontestablement, ne rend-il pas déjà très-vraisemblable, que le phénomène du *pouls lent permanent* pourra, dans de certaines circonstances, s'observer avec toutes ses conséquences, à la suite des lésions irritatives de la moelle cervicale, en dehors même de toute influence traumatique ?

J'ai dit, toujours, avec toutes ses conséquences, parce qu'en réalité, ainsi que vous allez le reconnaître, le pouls lent permanent n'est pas, tant s'en faut, un phénomène indifférent, pour peu qu'il soit très-accentué.

En dehors des lésions traumatiques de la moelle cervicale ou du bulbe rachidien, le pouls lent, dans l'opinion des auteurs peu nombreux d'ailleurs qui l'ont étudié, ne s'observerait que comme une conséquence de certaines maladies organiques du cœur : le rétrécissement aortique, la dégénérescence graisseuse des muscles ventriculaires (2), la présence de dépôts fibrineux (infarctus ?) dans ces

(1) Voir les nos 2, 4, 8, 10, 11 et 14 du *Progrès médical*.
(2) Hutchinson. — *On fractures of the Spine.* In *London. Hosp. Reports* 1866, t. III. p. 366.

(1) Gurlt, *loc. cit.* p. 50. obs. 61 empruntée à Hughes (*Dublin Hosp. Rep.* t, II. 1855, p. (145 et obs. 22, rapportée par Tyrrel (*London. med. and Phys. journal.* t. 61. new series, vol. 6. 1829, p. 232).
(2) W. Stokes. — *Observations on some cases of permanently Slow pulse, Dublin Quarterly Journal of medic. science.* August I. 1846. — *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, trad. par le Dr Senac : pp. 138, 332, 308, 315, 337. — R. Quain. — *Medic. chir. Transactions*, t. XXXIII.

mêmes muscles (1). Je suis bien loin de vouloir nier que le phénomène du pouls lent puisse reconnaître, en effet, pour point de départ une lésion organique du cœur. Mais je dois déclarer que trois fois j'ai observé ce phénomène persistant, sous une forme très-accentuée (20, 30 pulsations par minute), à l'état permanent, pendant plusieurs années, chez des vieillards de cet hospice, et que dans ces trois cas, après vérification anatomique attentive, le cœur a été trouvé soit tout à fait sain, soit ne présentant que des altérations véritablement banales (2). J'ai été conduit par là à me demander si, tout au moins dans ces cas où les lésions cardiaques font défaut, la cause organique du ralentissement des battements artériels ne serait pas dans la moelle cervicale ou dans le bulbe rachidien, plutôt que dans le cœur. A la vérité les recherches anatomiques que j'ai entreprises à cet égard, sont restées jusqu'ici sans résultat définitif. Mais il importe de remarquer qu'elles datent d'une époque, où nos moyens d'exploration en ce qui concerne les centres nerveux étaient beaucoup moins puissants qu'ils ne le sont devenus aujourd'hui.

Si, Messieurs, j'insiste sur le pouls lent permanent considéré dans ses relations possibles avec les lésions spinales ou bulbaires, c'est non-seulement parce qu'il s'agit là d'un phénomène dont l'interprétation intéresse au plus haut degré la physiologie pathologique, mais encore parce que, très-habituellement, il s'y surajoute, ainsi que je le laissais pressentir tout à l'heure, des accidents graves, capables de déterminer rapidement la mort.

Voici d'ailleurs en quoi ces accidents consistent. Ils surviennent par accès, se répétant irrégulièrement à des époques plus ou moins éloignées : tantôt ils se présentent avec tous les caractères de la syncope; tantôt ils participent à la fois, quant aux symptômes, de la syncope et de l'état apoplectique; il est enfin des cas, dans lesquels il s'y adjoint des mouvements épileptiformes, surtout marqués à la face, avec changement de coloration du visage, écume à la bouche, etc. Le pouls qui, dans l'intervalle des crises, bat en moyenne, 30, 40 fois par minute, se ralentit encore pendant l'accès, jusqu'à descendre à 20, ou même à 15 pulsations. Il s'arrête même, momentanément, quelquefois, complétement. Toujours l'état syncopal ouvre la scène; l'état apoplectique avec sommeil stertoral survient ensuite, au moment où le pouls, un instant supprimé, reparait, et où la pâleur des traits fait place à la rougeur du visage. C'est dans ces mêmes conditions que se montrent parfois les convulsions épileptiformes.

L'ensemble symptomatique reste invariable, Messieurs, soit qu'il y ait des lésions organiques du cœur bien et dûment constatées, soit alors que ces lésions n'existent pas, ainsi que le démontrent mes trois observations. Quelle est donc l'origine du ralentissement du pouls et des accidents qui s'y surajoutent dans les cas du dernier genre? Je suis très-porté à croire, je le répète, qu'elle doit être cherchée dans la moelle épinière ou dans le bulbe. En l'absence d'observations personnelles propres à décider la question, je puis étayer mon hypothèse non-seulement sur ce qui a été dit des effets produits par l'irritation traumatique des régions supérieures de la moelle, mais encore sur la connaissance d'un fait particulier extrêmement remarquable et qui jusqu'ici est resté dans l'ombre, je ne sais trop pourquoi.

Ce fait appartient au Dr Halberton, qui l'a publié dans les *Transactions médico-chirurgicales* de Londres, pour 1844 (1). Il concerne un *gentleman* âgé de 64 ans qui, dans une partie de chasse, fit une chute sur la tête et perdit connaissance un instant. Il dut rester plusieurs semaines au lit, se plaignant d'une douleur vive au cou et d'une gêne marquée dans les mouvements de la tête. Cette gêne persista longtemps; cependant durant les deux années qui suivirent l'accident, ce gentleman put se livrer à la plupart de ses occupations favorites. Ce n'est qu'au bout de ces deux années que survint la première crise syncopale (*a fainting fit*), et l'on reconnut à cette occasion pour la première fois que le pouls était ralenti d'une manière permanente. Pendant le cours des deux ou trois années qui suivirent, les accès se reproduisirent et se rapprochèrent de plus en plus, en même temps qu'ils devenaient plus longs. Le plus souvent dans ces crises l'état syncopal faisait place bientôt aux phénomènes apoplectiformes et épileptiformes dont je vous entretenais il y a un instant. Le pouls, qui dans les conditions ordinaires était en moyenne à 33, tombait à 20, à 15 même aux approches de l'accès, et il cessait momentanément de battre lorsque celui-ci avait éclaté.

La mort survint dans une de ces crises, et voici ce que l'autopsie, faite par Lister, permit de constater. La partie supérieure du canal spinal et le trou occipital étaient considérablement rétrécis dans le diamètre antéro-postérieur; à peine ce dernier pouvait-il admettre le petit doigt. La dure-mère et le ligament qui recouvre la partie postérieure du corps de l'axis était très-épaissi. L'atlas avait conservé sa situation normale, mais les articulations qui l'unissent à l'occipital avaient subi l'ankylose osseuse, de manière à ne permettre aucun mouvement. La moelle allongée était très-petite et d'une consistance très-ferme. Le cœur était volumineux, les parois ventriculaires plutôt minces, mais il ne présentait d'ailleurs, à part un certain degré d'épaississement de l'endocarde dans plusieurs cavités, aucune altération digne d'être notée.

L'auteur n'hésita pas à rattacher tous les symptômes relevés dans son intéressante observation — pouls lent permanent, crises syncopales suivies de symptômes apoplectiformes et épileptiformes, — aux effets de la compression que la moelle cervicale et le bulbe avaient dû subir en conséquence du rétrécissement que présentaient la partie supérieure du canal vertébral ainsi que le trou occipital. Je m'associe sans réserve à son opinion (2).

(1) Ogle. — *Fibrinous masses deposited in the substance of the heart's Walls, Remarkable Slownes of the pulse; Epileptic Seizures.* (*Pathological Society*, 1863, p. 89.)

(2) Le cœur ne présentait à l'auscultation et à la percussion, aucun signe d'altération dans un cas très-intéressant de *pouls lent permanent* avec attaques syncopales et épileptiques, publié par M. A. Rotureau, dans l'*Union Médicale*, (1er mars 1870, n° 25, p. 331.)

(1) T. H. Halberton. — *A case of slow pulse with fainting fits, which first came on two years after an injury of the neck, from a fall.* (*Med. chir. Trans.*, t. 24, London, 1841).

(2) Le *pouls lent permanent* avec attaques syncopales, apoplectiformes et épileptiformes, s'observe quelquefois à titre d'accident consécutif à la diphthérie. Il y a lieu de croire, d'après ce qui précède, que ces symptômes qu'on s'efforce toujours de rattacher soit à une altération des parois ventriculaires, soit à la formation de caillots dans les cavités cardiaques, relèvent dans certains cas, au moins, d'une lésion siégeant dans le bulbe ou dans la moelle cervicale supérieure; c'est là une thèse que je me réserve de développer par la suite. Consulter à ce sujet : Millner Barry, *British. medic. Journal*, July 1858; — R. Thompson. *Medic. Times.* J. Jan. 1860; — Eisenmann. *Die versache der diphtherischen Lähmungen.* (*Deutsche klinik.* Juli,

C'est ici le lieu de vous remettre en mémoire l'accident terrible qui se produit assez fréquemment dans le mal de Pott cervical; je veux parler de la rupture du ligament transverse qui maintient l'apophyse odontoïde sur l'axis, et de la luxation de l'apophyse qui en résulte. L'histoire des effets de la compression brusque de la moelle cervicale et du bulbe, qui survient alors, ne prête pas à de longs développements descriptifs ; c'est la mort subite, la mort « sans phrase » — passez-moi le mot — qui s'ensuit. Cet accident, je le répète, est loin d'être rare. M. Ogle, à lui seul, a rassemblé quatre ou cinq faits de ce genre, recueillis dans sa pratique d'hôpital (1).

III. Pour en finir avec ce qui a trait à l'histoire de la compression spinale lente, il me reste à vous dire quelques mots relativement aux symptômes particuliers qui s'observent lorsque la lésion porte sur le renflement lombaire ou encore sur la queue de cheval. Je serai bref sur ce point parce qu'il n'a pas encore été, que je sache, l'objet d'études cliniques suffisantes. Les seuls faits à relever pour le cas où il s'agirait d'une altération profonde, occupant le renflement lombaire dans toute son étendue, de sa portion inférieure jusqu'au *filum terminale*, sont : la flaccidité que présenteraient les membres paralysés, l'inertie très-accentuée du sphincter anal et vésical, l'obnubilation ou même la suppression des actes réflexes (2). Si la lésion siégeait d'un seul côté du renflement, soit à droite, et par exemple au niveau de la 3e paire sacrée, s'étendant un peu au-dessus et au-dessous de ce point, on observerait les phénomènes suivants : paralysie des mouvements à droite n'occupant guère que la jambe et le pied ; conservation de la sensibilité de ce côté, dans les parties paralysées; anesthésie complète, ou à peu près, des parties correspondantes du côté gauche, avec conservation du mouvement volontaire. Il y aurait de plus — et c'est là ce qui disposerait à différencier ce cas de ceux où la lésion hémilatérale siége plus haut dans la moelle — perte de la sensibilité dans diverses parties des deux côtés du tronc et aux membres inférieurs, surtout à l'anus, au périnée et aux genoux (3).

Les effets de la compression des nerfs de la queue de cheval rentrent naturellement dans l'histoire des lésions des nerfs périphériques. Les douleurs pseudo-névralgiques, la paralysie motrice et l'anesthésie varieraient nécessairement de siége et d'étendue, suivant le mode de répartition et le degré de la lésion des nerfs. Les sphincters de l'anus et de la vessie seraient, en pareil cas, le plus souvent indemnes, mais il pourrait se former des eschares à développement rapide, à la région sacrée et sur d'autres parties des membres inférieurs (4).

Ici s'arrêteront, Messieurs, les développements relatifs aux symptômes des compressions spinales. Si le temps me l'eût permis, j'aurais voulu vous montrer, par l'examen de quelques exemples particuliers, le parti qu'on peut tirer de la connaissance des faits que nous avons enregistrés dans la clinique des maladies de la moelle épinière. Je me vois forcé, à mon regret, de laisser quant à présent à l'état de projet ce travail d'application.

1861, nº 29, p. 286.)— Greenhow. *Clin. Soc. of London.*(*The Lancet.* may 4 1872, p. 615;)

(1) Ogle. — *Patholog. Society.* 1863, p. 17.

(2) Brown-Séquard. — *Diagnostic et traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs.* Paris, 1864, p. 73.— W. Ogle.— *Patholog. Society.* 1853, t. IV. *Fracture of the last dorsal vertebra with destruction of the spinal marrow.*

(3) Voir à ce propos l'observation très-intéressante, bien que non suivie d'autopsie, rapportée par M. Brown-Séquard dans le *Journal de physiologie,* t. 6, 1863, p. 624, obs. XXIII.

(4) Brown-Séquard, *loc. cit.* p. 623. — Knapp (*New-York Journal of medicine,* sept. 1851, p. 198).—Desruelles. — *Société anatomiq.* 1852, p. 12. —*London Hospital Reports,* t. III, 1866, p. 343.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxation de la seconde phalange du second orteil du pied gauche,

Par **P. BUDIN**, interne des hôpitaux.

Le fait suivant nous paraît intéressant à cause de son excessive rareté : c'est à peine si dans les auteurs on trouve une ou deux observations de luxation des phalanges des petits orteils.

Le 18 avril 1873 se présentait à l'hôpital Saint-Antoine un jeune garçon de douze ans, dont les parents habitaient rue de Montreuil. Il marchait en pantoufles dans la rue lorsqu'il se frappa l'extrémité antérieure du pied gauche contre un pavé. Il éprouva immédiatement des fourmillements et des picotements dans le second orteil. On constatait un raccourcissement du second orteil gauche, qui était moins long que le troisième. Ce raccourcissement paraissait encore plus évident si on comparait cet orteil à celui du côté opposé.

Lorsqu'on suivait ce second orteil de son extrémité jusqu'à sa base en déprimant entre le pouce et l'index les faces plantaire et dorsale, on passait par la face dorsale au-dessus de l'extrémité de la 3e et de la 2e phalange, puis au niveau de l'articulation de la 2e avec la 1re phalange il existait une saillie osseuse exagérée produite par l'extrémité supérieure de la 2e phalange ; au-dessus de cette saillie le doigt enfonçait dans une dépression profonde correspondant au corps de la 1re phalange qui semblait diminuée de longueur, et on arrivait enfin au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne qui était intacte.

En suivant ensuite la face plantaire de l'extrémité jusqu'à la base, on trouvait la 1re phalange intacte, la 2e paraissait raccourcie et au-dessous d'elle la tête osseuse de la 1re phalange faisait une saillie très-marquée.

Il existait donc une luxation de la 2e phalange du second orteil sur la première.

Le second orteil pouvait être mis dans l'extension forcée, les deux dernières phalanges faisaient alors un angle droit sur la première. La flexion n'était plus permise. — On ne pouvait faire exécuter au niveau de la luxation aucun mouvement de latéralité.

Mon excellent ami et collègue Andral se trouvant dans l'hôpital, je le priai de venir constater le fait. La réduction fut assez facile, l'extension fut faite sur l'extrémité de l'orteil, la contre-extension sur la base et en même temps les deux pouces repoussaient l'un l'extrémité supérieure de la seconde phalange en bas, l'autre l'extrémité inférieure de la 1re phalange en haut. Une fois réduite, la luxation ne se reproduisit plus.

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre (1).

Par **L.-E DUPUY**, interne des hôpitaux de Paris.

III. *Mode de production, siége et diagnostic des perforations.*

L'opérateur, après avoir enfoncé l'hystéromètre à une certaine profondeur, peut rencontrer un léger obstacle, et, s'il veut s'assurer que l'extrémité de l'instrument est bien arrivée sur le fond de l'utérus, il lui imprime une légère pression. Le plus souvent ce fait seul suffit pour amener la perforation de la paroi, dans les cas particuliers que nous considérons. — Ailleurs, c'est en appuyant la sonde sur le fond de l'utérus et en portant celui-ci en avant, du côté de la paroi abdominale par un mouvement de bascule imprimé à l'instrument, que le chirurgien perçoit tout d'un coup une sensation de résistance vaincue : cette manœuvre a suffi pour amener une perforation et l'on sent le bouton de la sonde directement sous les téguments abdominaux.

Dans d'autres cas, enfin, la perforation de la matrice se produit dans des conditions plus singulières encore ; alors même que l'hystéromètre est introduit lentement, avec les plus

(1) Voir les nos 10 et 12 du *Progrès médical.*

grands ménagements, par un chirurgien qui prévoit la possibilité de traverser les tissus utérins et qui veut l'éviter à tout prix, la perforation a lieu sans occasionner la moindre douleur à la femme, sans que l'on rencontre la moindre résistance, en quelque sorte, à l'insu de l'opérateur. Nous avons été témoin récemment d'uu fait de ce genre; voici l'observation de cette malade.

Observation VI. — *Pelvi-péritonite avec épanchement enkysté; cathétérisme utérin ; perforation de la matrice par l'hystéromètre; aucun accident sérieux consécutif.*

Madame Gauthier, âgée de 26 ans, entrée le 3 mars 1873 à la Maison municipale de santé, (service de M. Demarquay). Elle vient, dit-elle, pour se faire soigner d'uue affection de la matrice.

Antécédents et mode de début. Aucune maladie antérieure. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle s'est mariée il y a 28 mois et bien que son mari soit robuste et parfaitement constitué, elle n'a pas encore eu d'enfants. Trois mois avant sou entrée à la Maison de santé, cette malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre et les lombes; ces douleurs devinrent très-vives; la fièvre s'alluma et la malade dut garder le lit pendant deux mois. Un médecin fut consulté et diagnostiqua une tumeur fibreuse de l'utérus. Il administra d'abord l'iodure de potassium à l'intérieur; puis, pour combattre sans doute une complication de pelvi-péritonite, fit appliquer au niveau de la fosse iliaque gauche un large vésicatoire, puis les accidents n'ayant point cédé, il eut recours aux sangsues et aux cataplasmes laudanisés.

L'état de la malade ne fut uullement amélioré et celle-ci se décida à venir à Paris, pour se faire opérer s'il y avait lieu.

Etat actuel (6 mars). Par le toucher vaginal, on constate les faits suivants : Le col de l'utérus est petit, aplati transversalement; l'orifice externe est également allongé dans le sens transversal et représente une véritable boutonnière. L'utérus ne semble point mobile. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur, bombe une tumeur arrondie, élastique, paraissant fluctuante et assez volumineuse; c'est par la compression de cette tumeur que l'utérus est repoussé eu avant et aplati en quelque sorte contre les pubis. Par la palpation abdominale, on trouve la tumeur dépassant les pubis, et empiétant à droite dans la fosse iliaque; en repoussant avec le doigt le cul-de-sac vaginal postérieur, on essaye vainement de percevoir une fluctuation évidente. Ces différentes manœuvres ne sont point très-douloureuses et sont bien supportées par la malade. Néanmoins, elle présente chaque soir un léger mouvement fébrile.

Le diagnostic de cette tumeur est fort embarrassant; s'agit-il d'une tumeur rétro-utérine, d'un kyste ovarique, ou d'une pelvi-péritonite avec épanchement parfaitement enkysté ? Pour élucider cette difficile question, M. Demarquay se décida à pratiquer le cathétérisme utérin.

6 mars. L'hystéromètre est introduit, sans l'aide du spéculum. *Il pénètre facilement dans le canal cervical; l'orifice interne n'oppose aucune résistance, et l'instrument s'engage dans la cavité utérine. En l'enfonçant avec les plus grandes précautions, M. Demarquay est surpris de voir que l'instrument pénètre toujours plus avant: explorant alors la paroi abdominale, il sent le bouton de l'hystéromètre directement sous les téguments qui sont soulevés par lui à l'endroit correspondant..*

L'instrument ayant été retiré, on remarque qu'il ne présente à son extrémité aucune trace de sang, dans les moments qui suivirent, il ne se fit par le vagin aucun écoulement sanguinolent. Le cathétérisme s'était fait absolument sans douleur. Une heure après, la malade était tranquillement assise dans son lit, lisait et nous dit n'éprouver aucune souffrance.

La température vaginale est de 38°,4; le pouls est à 125. Le soir, à 5 heures, nous retrouvons Madame G..., à peu près dans le même état; elle aurait eu dans la journée quelques douleurs abdominales s'irradiant au côté externe de la euisse droite, mais celles-ci ont duré à peine une heure. P. 100; T. V. 39°, 4.

7 mars. P. 108; T. V. 38°, 4.— *Soir.* P. 112; T. V. 39°, 6 Même état qu'hier.

8 mars. P. 96; T. V. 38°, 4. — *Soir.* P. 92; T. V. 40°.

9 mars. P. 104; T. V. 39°, 8. — *Soir.* P. 134; T. V. 38°, 8.

10 mars. P. 104; T. V. 38°, 8. L'état de la malade est toujours le même, malgré l'exa-cerbation fébrile du soir, elle ne se plaint pas; elle mange assez bien et dort paisiblement la nuit.

On pratique, au niveau de la fosse iliaque droite, une ponction aspiratrice avec le trocart N° 2 de l'appareil Potain. Il s'écoule environ 150 grammes de sérosité péritonéale verdâtre. Le diagnostic se trouve ainsi fixé; il s'agit d'une pelvi-péritonite avec épanchement enkysté. — *Soir.* P. 124; T. 40°, 5.

Le lendemain et les jours suivants, l'état de la malade s'améliora sensiblement, deux vésicatoires furent successivement appliqués et l'épanchement diminua peu à peu.

Le 18 mars, la température était redescendue à 37°, 6. Le 29 mars, la malade quitte la Maison de santé, en voie de guérison; le cul-de-sac vaginal postérieur ne présente plus qu'une tuméfaction peu considérable.

Nous pourrions ajouter un quatrième mode de production des perforations utérines par la sonde: ce sont celles qui doivent être imputées à l'inexpérience et à la maladresse de l'opérateur. Mais ces faits ne rentrent point dans notre cadre ; ils ont une signification bien différente de ceux qui font l'objet de cette étude et ne sauraient en être rapprochés. (*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE

Influence des conditions respiratoires sur le mécanisme de la circulation veineuse thoracique.

Par **ROSAPELLY**. (1)

§ 6. Les oscillations respiratoires de la pression du sang sont un résultat purement mécanique.

Brown-Séquard avait cherché à démontrer que pendant l'inspiration il part du centre nerveux cérébro-spinal une excitation qui, passant par le nerf vague, se porte au cœur et diminue la force et la vitesse de ses mouvements. Il avait été conduit à cette théorie par la diminution et le ralentissement des mouvements du cœur qu'il avait observés à chaque effort inspiratoire chez des chiens et des chats nouveau-nés dont le thorax avait été ouvert et chez lesquels on ne pouvait par conséquent attribuer les résultats obteuus à l'interveution des causes mécaniques; mais il ne rejetait pas l'influence de ces dernières. D'ailleurs bieu souvent dans ses expériences il avait trouvé des résultats contradictoires; le cœur battait plus vite pendant l'inspiratiou; et malgré l'explication qu'il donne de ces faits qu'il attribue à l'irritabilité extrême du cœur et à la secousse que lui imprime l'effort iuspiratoire uous ne pouvons accorder à l'action du système nerveux qu'un effet négligeable à côté des résultats précis, constants que produit l'action mécanique de la poitrine.

Nous trouvons daus la *Revue des sciences médicales* de M. Hayem l'analyse d'un travail de M. Schiff dans lequel ce physiologiste nie complètement l'intervention des forces mécaniques de la poitrine dans les oscillations respiratoires de la pression artérielle.

Son principal argument est fondé sur les phénomènes qu'on observe pendant la respiration artificielle.

Dans la respiration artificielle, les conditions de la pression intrathoracique sout totalement interverties: tandis que dans la respiration uormale la pression diminue pendant l'iuspiration, elle augmente dans la respiration artificielle et *vice versa* lors de l'expiration. A priori on pourrait douc s'attendre à une influence notable de ce mode de respiration sur la circulation. Or, d'après Schiff, les oscillations que l'on constate dans la tension artérielle sont les mêmes pendant la respiration artificielle et pendant la respiration normale ; mais nous allons voir que cette affirmation repose sur uu fait variable et qu'on peut autremeut interpréter.

Pendant la respiration normale, on peut trouver soit un abaissement soit une élévation de la courbe à l'inspiration; c'est ce qui ressort de l'opiniou des physiologistes, dont les uns ont observé le premier, les autres le second de ces phénomènes. M. Marey a concilié cette apparente contradiction eu montrant que le sang de l'aorte n'obéit pas seulement à l'influence mécanique de thorax, mais qu'il est soumis aussi à celle de l'abdomen, qui agit en sens iuverse de la poitrine. L'abaissement de la pression à l'inspiration est dû à l'influence de la poitrine, et il se produit lorsque celle-ci prédomine sur l'influence de l'abdomen ; l'élévation de pression à l'inspiration est due à l'influence de l'abdomeu et se produit quand celle-ci devient prépondérante.

Les résultats que nous avons obtenus eu étudiant la pression dans l'artère carotide nous ont paru toujours coïncider avec cette loi de Marey.

Pendant la respiration artificielle, où les conditions mécaniques agissent toujours dans le même sens, l'élévation de la pression artérielle a toujours lieu pendant l'inspiration qui amène la compression de l'aorte thoracique.

Lorsqu'on arrête la respiration, les oscillations respiratoires de la circulation disparaissent; lorsqu'on la rétablit, elles renaissent. Enfin plus la respiration a d'ampleur, plus ces oscillations sont marquées.

(1) Voir les nos 11 et 14 du *Progrès médical.*

Ainsi l'abaissement de la courbe circulatoire coïncide non pas avec l'inspiration, avec l'oxygénation du sang comme le veut Schiff; il est toujours parallèle à la diminution de la pression intra-thoracique qui a lieu souvent pendant l'inspiration dans la respiration normale et toujours pendant l'expiration dans la respiration artificielle.

Des résultats constants s'obtiennent dans les veines thoraciques, où l'influence thoracique prédomine toujours.

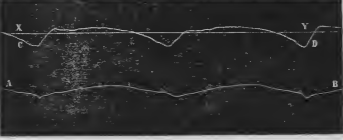


Fig. 10.

La figure 10 représente le tracé simultané de la respiration normale et de la pression veineuse thoracique chez un chien qui respire lentement et sans efforts inspiratoire ni expiratoire; les deux courbes coïncident dans leurs oscillations.



Fig. 11.

La figure 11 représente un tracé analogue chez un chien curaré auquel on pratique la respiration artificielle : les deux courbes sont interverties.

Aussi nous croyons pouvoir repousser cette conclusion de Schiff: *que les variations de tension vasculaire que l'on constate dans les deux phases de la respiration normale ne sont pas dues à une cause mécanique mais tiennent à une cause centrale, nerveuse.*

Conclusions. — L'aspiration thoracique par la dilatation du cœur droit et des troncs veineux thoraciques entretient dans ce système et dans les vaisseaux incompressibles qui communiquent avec lui une pression constamment plus basse que celle qui existe dans les veines afférentes. Cette pression peut descendre au-dessous de la pression atmosphérique et favoriser d'autant plus la circulation du sang veineux.

Le sang est attiré continuellement de la périphérie dans les veines thoraciques et jusque dans le cœur droit d'où il est chassé à mesure dans l'artère pulmonaire par la contraction du ventricule. Cet appel continuel de sang diminue la pression dans tout le système veineux et y étend ainsi indirectement l'action de l'aspiration thoracique.

L'appel du sang étant plus fort pendant l'inspiration que pendant l'expiration, il y a accélération pendant le premier temps, ralentissement pendant le second temps de la respiration. Ces deux phénomènes se propagent aussi plus ou moins loin dans le système veineux et y étendent ainsi d'une manière indirecte l'influence des mouvements respiratoires.

Le sang qui arrive dans le système veineux thoracique détruit la pression négative ou le vide que tendent à y déterminer la dilatation du médiastin et la soustraction de sang qu'y opère chaque systole de ventricule. La pression va donc en s'abaissant peu à peu depuis l'embouchure des veines par lesquelles arrive le sang jusqu'à l'oreillette où il est enlevé du système veineux pour passer dans l'artère pulmonaire. C'est près du cœur que la pression négative se maintient avec le plus d'avantage.

L'influence de l'aspiration thoracique sur le cœur peut s'envisager ainsi :

La pression négative qui entoure le cœur dilate le ventricule; plus elle est forte, plus la dilatation du ventricule est considérable, plus aussi est grande la quantité de sang que le cœur trouve à chasser à chaque contraction.

On pourrait croire que le cœur exécute dans ces conditions un travail mécanique plus considérable, ce qui, d'après la loi de Marey, diminuerait la fréquence de ses contractions. Mais si l'on considère que la même pression négative qui agit sur le cœur s'exerce aussi autour de l'artère pulmonaire et doit y amener comme dans l'aorte un abaissement de pression proportionnel, on verra que l'obstacle qui existe au-devant de l'ondée sanguine sera d'autant moindre et que le résultat définitif sera une sorte de compensation qui ramènera à une quantité constante le travail mécanique exécuté à chaque contraction.

Nous pouvons donc conclure que l'aspiration thoracique favorise le cours du sang à travers le cœur, en augmentant la quantité de fluide qui le traverse en un temps donné.

Mais elle n'agit pas sur la fréquence des contractions, comme le démontrent d'ailleurs les résultats contradictoires des physiologistes qui ont cherché soit dans l'inspiration soit dans l'expiration une cause de fréquence du pouls et des battements du cœur.

Nous résumerons ainsi l'action de l'aspiration thoracique :

L'aspiration thoracique sans être indispensable à la circulation, joue à titre de cause accessoire un rôle important dans la progression du sang. Dans le système veineux, elle abaisse la pression du sang qu'elle empêche de s'accumuler dans les veines; dans le thorax, elle appelle le sang veineux et accélère son cours; enfin dans le cœur elle concourt à la dilatation du ventricule et augmente la vitesse générale de la circulation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.

(Suite.)

M. Terrillon range sous quatre chefs les différentes hypothèses proposées pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse :

1° Perforation par le trocart; 2° perforation spontanée; 3° résorption du liquide restant de la thoracentèse; 4° transsudation du liquide séro-albumineux à travers les parois alvéolaires par le fait d'une congestion pulmonaire rapide.

1° La *perforation du poumon par le trocart* est l'interprétation qu'admettent M. Woillez et M. Marrotte. M. Woillez, signalant la piqûre du poumon parmi les accidents possibles de la thoracentèse (p. 467), va même jusqu'à dire qu'on pourra facilement, en l'absence de pneumothorax, la reconnaître par la présence de l'albumine dans les crachats. Mais, dit M. Terrillon, la piqûre du poumon lorsqu'on l'a observée, ne paraît point avoir été suivie de la sortie du liquide par les bronches; et par contre, elle s'accompagne ordinairement de quelques symptômes que l'on ne voit point signalés dans les observations d'expectoration albumineuse. Tels sont : la sortie de quelques gouttes de sang par la canule; une expectoration plus ou moins sanguinolente, au début ou à la fin de l'opération; la douleur indiquée par le malade, enfin quelquefois un pneumo-thorax. Dans le fait de M. Béhier, il faudrait admettre que l'on a, à chaque ponction, piqué le poumon malgré les précautions prises spécialement en vue d'éviter cet accident. Du reste dans la première observation où la mort fut presque immédiate, l'autopsie fut faite avec le plus grand soin.

on chercha une perforation, mais il fut impossible d'en constater. Enfin dans l'hypothèse d'une perforation par le trocart, l'expectoration albumineuse devrait suivre immédiatement la thoracentèse, et les faits montrent, au contraire, qu'elle a presque constamment débuté un quart d'heure, une demi-heure, une heure après l'opération.

2° L'hypothèse d'une *perforation spontanée*, que M. Béhier proposa à l'Académie, mais sans y insister, semble d'abord difficilement admissible à M. Terrillon. En effet, la perforation spontanée est rare; elle est rare surtout en l'absence de tubercules; et lorsqu'elle se produit, elle s'accompagne d'une pneumo-thorax, ainsi que l'a vu M. Moutard-Martin dans un cas suivi d'autopsie.

3° *L'absorption par la plèvre* du liquide laissé dans cette cavité par la ponction et le *passage de ce liquide laissé dans les bronches* rendent-ils mieux compte de l'expectoration albumineuse?

L'absorption par la plèvre, dit M. Terrillon, est démontrée par les expériences physiologiques. Elle est également démontrée, ajouterons-nous, par l'observation clinique, c'est-à-dire par le fait de la guérison sans thoracentèse du plus grand nombre des épanchements pleurétiques. Mais le liquide absorbé pénètre dans les vaisseaux capillaires, rentre dans le torrent circulatoire et ne passe point dans les vésicules pulmonaires et les bronches. Ce passage n'est point démontré; il est même, *à priori*, difficile à comprendre.

5° Reste la *dernière hypothèse*, celle qu'avait misé en avant M. Pinault, celle que paraissent avoir adoptée M. Hérard et M. Moutard-Martin.

« Ces matières expectorées, dit M. Pinault, quoique ressemblant au liquide séreux de la plèvre, ne peuvent cependant pas venir de l'extérieur de cette cavité; leur formation doit plutôt être attribuée à l'activité qui se produit tout à coup dans la circulation pulmonaire, et surtout à l'afflux considérable du sang, qui fait que sa partie plus liquide transsude à travers les membranes pour faire pleuvoir à la surface de la muqueuse bronchique des quantités quelquefois très-considérables de sérosité. »

M. Terrillon a cherché à faire des expériences sur des chiens pour déterminer une expectoration séro-albumineuse dans des conditions analogues à la thoracentèse, mais ces expériences n'ont donné que des résultats fort peu importants. Pourtant, s'appuyant sur les faits de physiologie et de physiologie pathologique relatifs aux cas de section du pneumo-gastrique et d'œdème pulmonaire, il explique ainsi les phénomènes dans la quatrième hypothèse. Lorsque le poumon se déplisse à la suite de la thoracentèse, l'air qui pénètre dans les ramifications bronchiques et les alvéoles, détermine par excitation du pneumo-gastrique et par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, des modifications dans le calibre des vaisseaux. Deux résultats différents peuvent se produire : ou bien il y aura paralysie primitive des vaisseaux, ou bien au contraire (et c'est là l'hypothèse la plus probable), ceux-ci subiront d'abord une excitation et leurs parois se relâcheront. Cette contraction des vaisseaux capillaires peut durer un certain temps, pendant lequel aucun liquide ne transsudera; mais cet état primitif ne peut durer plus de dix minutes, une demi-heure ou une heure, et on voit dans certains cas, à cette excitation des vaso-moteurs, succéder une véritable paralysie. Celle-ci produit une congestion passive avec œdème du poumon analogue à celle qui survient après la section des pneumo-gastriques. Le début de l'accident dont nous parlons n'ayant lieu que dix minutes et même plus tard après la fin de l'opération, nous trouvons par ce fait les deux périodes que nous venons de signaler.

M. Terrillon ne trouve pas cependant que cette explication soit absolument satisfaisante et s'applique à tous les cas, car il ajoute :

« Deux explications restent donc en présence : d'une part, perforation et passage à travers les bronches du liquide pleurétique; d'autre part, congestion rapide, œdème pulmonaire et expectoration consécutive. Si cette dernière hypothèse paraît la plus rationnelle, dans un grand nombre de cas, on ne peut cependant rejeter absolument la première. En effet, si dans un cas de mort par expectoration albumineuse, on constatait d'une façon bien nette la perforation pulmonaire et l'identité des deux liquides, on serait forcé d'admettre la première explication. Mais si au contraire, l'analyse complète des deux liquides venait démontrer qu'ils sont absolument différents malgré leur analogie extérieure, la seconde explication serait pleinement justifiée. » (*A suivre.*)

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès international de Vienne.

Nous terminons aujourd'hui le compte-rendu des séances de la section médicale de l'*Association française pour l'avancement des sciences*. Ce compte-rendu, grâce au soin que notre correspondant, M. le Dr Frantz Gromier a mis à sa rédaction, suffira, nous l'espérons, pour montrer à nos lecteurs l'importance de ces assises de la science. Certaines questions qui, cette fois, n'ont été abordées qu'incidemment, devront plus tard prendre le rang qui leur convient : nous faisons allusion aux questions relatives à l'hygiène hospitalière et à l'hygiène professionnelle. La session de 1874, qui se tiendra à Lille, verra sans doute se produire dans cette direction, des travaux et des discussions dignes de fixer l'attention publique et capables d'empêcher nos administrateurs de commettre de nouvelles fautes.

Le troisième *congrès international de médecine*, réuni à Vienne, a fini ses travaux. Nous en donnons une courte analyse d'après *Wiener Medizinische Wochenschrift*, qui ne paraît pas très-sympathique à ces sortes de réunions. Cependant nous estimons que les congrès internationaux pourraient rendre de réels services si le plus grand nombre des médecins qui travaillent sérieusement avaient à cœur d'y présenter un résumé de leurs recherches. Ce serait là, pour eux, une excellente occasion de faire connaître, pour ainsi dire à leurs confrères de tous les pays, les problèmes qu'ils ont élucidés.

Le choléra.

Depuis la publication de notre dernier numéro, le choléra paraît avoir subi un temps d'arrêt. Il semble s'atténuer quelque peu en Normandie, et, à Paris, loin de prendre de l'extension, il a plutôt diminué. Nos lecteurs trouveront des détails dans le compte-rendu de l'Académie et aux *Nouvelles*. Nous nous bornerons, ici, à relever quelques particularités de l'épidémie actuelle.

Tout le monde a été frappé de la soudaineté de son apparition, à laquelle il est possible de fixer une date, en quelque sorte mathématique, le 4 septembre. Du 4 au 11 septembre, le nombre des cas a été plus considérable, — au moins si l'on en juge par ce qui se passe dans les hôpitaux, — que du 11 au 18. D'un autre côté, la mortalité a été plus forte, proportionnellement, dans la première période que dans la seconde.

Autre particularité. Les renseignements qui nous sont communiqués indiquent que très-souvent le choléra se

présente par petits foyers, qu'il frappe, en général, plusieurs membres d'une même famille. Il y a là des conditions spéciales qu'il serait bon de rechercher.

L'administration de l'assistance publique a institué dans presque tous les hôpitaux des salles pour les cholériques et dans quelques-unes même, des salles de convalescence. Il est à désirer que l'isolement se fasse avec tout le soin possible. Les barraques qui existent dans quelques établissements hospitaliers pourraient être, croyons-nous, utilisées dans ce but. Cette mesure est d'autant plus nécessaire que, jusqu'à présent, le nombre des cas intérieurs, c'est-à-dire développés dans les hôpitaux même, est relativement considérable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Association française pour l'avancement des sciences

Mercredi 27 août.

M. le docteur Edouard Seguin, en qualité de délégué de l'*American medical Association*, a présenté un projet tendant à coordonner les travaux des praticiens, à rendre leurs observations comparables entre elles et à instruire les mères sur tout ce qu'elles peuvent comprendre relativement à la santé et à la maladie de leurs enfants, aux moyens des signes physiques faciles à percevoir. Les diverses parties du sujet traitées par le docteur Seguin, ont entre elles des liens plus nombreux qu'il ne semble au premier abord ; aussi l'auteur a-t-il pu exprimer son projet en peu de mots MM. les professeurs Verneuil et Marey ont appuyé son projet et ont manifesté le désir qu'une Commission fut chargée d'étudier ce sujet et d'en faire un rapport à la prochaine réunion de l'association française pour l'avancement des sciences.

M. Ledentu expose un nouveau procédé *d'autoplastie appliquée au symblépharon.*

M. Riembault (de Saint-Etienne), lit une *Note sur l'encombrement charbonneux des poumons*. En voici les conclusions : 1° L'encombrement charbonneux des poumons n'est pas un cas fortuit ; il atteint tous les ouvriers ; 2° il est possible, même probable, que les phénomènes que l'on observe dans les bassins de Saint-Etienne offrent des différences notables avec ceux qui se produisent dans les autres bassins ; 3° il y a lieu de penser qu'il existe peut-être des moyens préventifs.

Selon l'auteur, les mines maigres où règne une humidité constante ne produisent pas d'encombrement charbonneux. Il suffirait d'un filet d'eau dans les chantiers où se fait la taille pour conjurer le mal, moyen facile et simple, mais qu'on ne peut imposer aux exploitants qu'en connaissance de cause, c'est pourquoi il prie l'assemblée de faire une enquête à ce sujet.

Séance du 28 août.

M. Petrequin. *Recherches expérimentales sur la climatologie du Midi; applications à l'hygiène des malades.* Pourquoi, l'été, dans le midi, n'est-il pas aussi chaud que tendrait à le faire supposer la température relativement élevée de ses hivers?

Telle est la question que se pose M. le docteur Pétrequin. Pour préciser la question, l'auteur n'étudie que le climat de Nice, en établissant un parallèle entre cette dernière ville et Lyon. A Nice, le thermomètre exposé au soleil monte plus haut qu'à Lyon, mais il descend à l'ombre relativement beaucoup plus bas, aussi éprouve-t-on une chaleur intolérable lorsque de l'ombre on s'expose au soleil ; et il devient indispensable, aux malades surtout, de se préserver alors au moyen d'ombrelles doublées de bleu ou de vert; précaution qui, à toute époque, est bonne à prendre dans le midi.

Si du soleil on passe à l'ombre, l'énorme différence de température peut, à l'inverse, devenir fort préjudiciable aux organes respiratoires ; le docteur Pétrequin conseille l'emploi du spirotherme métallique de M. Ferrand (de Lyon); cet instrument tamise l'air, le réchauffe, atténuant ainsi les brusques transitions qui atteignent 23 degrés.

M. Pétrequin passe en revue les diverses circonstances qui viennent tempérer la chaleur à Nice : brise maritime rafraîchissant incessamment l'atmosphère ; coucher du soleil s'accompagnant d'une abondante chute de serein dont il faut que les malades aient grand soin de se préserver ; abaissement de la température pendant la nuit. Le lever du soleil s'accompagne aussi d'un abaissement de la température au point que la température de l'air peut être rapidement abaissée au-dessous de celle de la mer.

De toutes les causes venant rafraîchir l'atmosphère, la première fait à Lyon complétement défaut. Quant aux autres, elles sont impuissantes dans les grandes chaleurs à rafraîchir suffisamment notre atmosphère. M. Pétrequin s'entourant de toutes les précautions qui rendent précise l'expérience à laquelle il s'est livré, a pu se convaincre par lui-même de l'influence exercée par cette brise marine. A Lyon, dit l'auteur, le thermomètre ne s'élève pas aussi haut que dans le midi, mais rien ne vient efficacement tempérer la chaleur du jour et de la nuit. Le crépuscule et l'aurore ne peuvent produire un abaissement de température capable de rafraîchir l'atmosphère fortement échauffée durant le jour ; à Nice la brise marine soufflant du Sud rafraîchit l'air, à Lyon le vent du Midi n'apporte que de la chaleur.

A Nice l'écart thermométrique entre le soleil et l'ombre est en moyenne de 23° et même de 28°; à Lyon il est en général très-faible ce qui, pour notre climat d'été, est un désavantage ; ce qui explique la température élevée de nos appartements, la chaleur des nuits de juillet et le peu de soulagement que procure l'ombrelle. « Combien, dit l'auteur, nous sommes loin » des heureux effets produits par le puissant courant hori- » zontal de la brise diurne de mer représentant un immense » fleuve d'air frais, profond de plus de cent mètres, large de » plusieurs lieues et se déversant avec rapidité sur la ville de » Nice qui est étalée près du rivage dans une étendue d'envi- » ron trois kilomètres. »

Ce faible écart entre la température du soleil et de l'ombre persiste l'hiver, aussi l'humidité prédomine-t-elle à Lyon. M. Pétrequin (*Mélanges de chirurgie et de médecine,* 1870) a établi par des chiffres que « la saison la plus humide est l'hiver représenté par 421 ; (l'été n'a que 295); que les quatre mois les plus hygrométriques sont novembre, décembre, janvier et février. » L'auteur se croit autorisé à conclure comme il le faisait dans cet ouvrage. « Une déduction d'une certaine » importance pour la médecine, c'est que, lorsqu'on se pro- » pose d'envoyer l'hiver, dans le Midi, des malades dont la » constitution est délicate, il conviendra qu'ils partent dès le » mois de novembre et qu'ils ne reviennent qu'après le mois » de février. » — « L'hiver et le printemps sont à Nice plus » secs que les deux autres saisons » (Dr Macario).

Les brouillards prédominent durant les quatre mois d'humidité ; à Nice les brouillards sont très-rares, 10 jours en moyenne par an : ils tendent cependant à diminuer beaucoup à Lyon depuis les transformations que subit notre ville depuis 40 ans. Frantz Gromier.

Hygiène hospitalière.

Dans la matinée, les membres de la section médicale se sont transportés à l'Hôtel-Dieu et en ont visité avec soins les vastes locaux. Tous ont été frappés des conditions d'insalubrité présentées par cet immense hôpital. Cette visite a été le point de départ d'une courte mais instructive discussion sur l'hygiène hospitalière que nous empruntons au *Lyon Médical.*

M. Verneuil. La grande question de l'hygiène hospitalière préoccupe depuis longtemps les chirurgiens ; mais c'est seulement depuis ces dernières années que les travaux scientifiques et les discussions soutenues à l'Académie de Médecine et à la Société de chirurgie ont permis de formuler des conclusions. Le temps des grandes agglomérations nosocomiales est passé.

La mortalité comparée dans les grands et les petits hôpitaux donne des résultats évidents qui doivent faire rejeter ceux-là.

On fait presque croître la mortalité en proportion géométrique par l'augmentation de la population d'un hôpital.

En appliquant ces données, on voit que l'Hôtel-Dieu de Lyon, construction merveilleuse au point de vue architectural, ne répond nullement aux exigences de l'hygiène.

L'encombrement y est manifeste, puisqu'on voit près de cinq cents malades réunis, pour ainsi dire, dans une même salle. L'aération s'y fait mal, l'air des salles sort par la partie supérieure ou par le grand dôme et cet air est tellement infect, qu'on ne saurait rester pendant un certain temps sur son passage sous peine d'être suffoqué.

Enfin, quelles que soient les modifications qu'on y apporte les conditions architecturales s'opposent à ce qu'on fasse de l'Hôtel-Dieu un bon hôpital, — et pour ne citer qu'une raison, on ne peut pas établir des fosses d'aisance, de sorte que l'on est condamné à maintenir les chaises dans les salles. — Or, personne n'ignore combien ce système peut devenir funeste, dans une épidémie de choléra, par exemple.

En conséquence, il propose la nomination d'une Commission chargée de faire un rapport sur tous ces faits et d'en soumettre les conclusions à l'approbation de la section.

M. Marmy rappelle que, dans une publication qui date de sept ou huit ans, il a donné le résultat de son examen approfondi de l'Hôtel-Dieu, et qu'il en a conclu que cet hôpital était la négation de tous les principes d'hygiène.

M. Seguin, d'après ce qu'il a vu en Amérique et d'après les résultats de Wunderlich, établit que l'on doit renoncer aux hôpitaux permanents et n'employer que des hôpitaux temporaires, des baraques, entourés d'arbres et de fleurs. que l'on brûle après un certain temps.

M. Bruck (d'Alger). L'hôpital civil d'Alger est composé de baraques, les pavillons sont séparés et entre eux il y a une riche végétation d'arbres et de fleurs. Il a été construit en 1830 à l'époque de la conquête, pour les militaires, puis on en a fait une écurie, et enfin un hôpital civil. Malgré cette accumulation de matières morbifiques, jamais il n'y a eu d'épidémie sur les opérés, et jamais de fièvre puerpérale alors même qu'on en constatait à Alger. L'auteur attribue cette immunité à l'aération. L'auteur partage l'opinion des préopinants sur l'Hôtel-Dieu qui lui paraît le type le plus parfait de l'encombrement.

M. Texier confirme M. Bruck dans ce qu'il a dit pour l'hôpital civil d'Alger. Il ajoute que l'hôpital militaire, qui reste un bâtiment neuf, composé d'un corps de bâtiment principal, flanqué de deux ailes à angle droit, est un foyer d'épidémie. Les blessés y sont atteints d'infection purulente, de septicémie, etc., et dans les épidémies de choléra, la maladie a toujours débuté par cet hôpital.

Il pense donc que : 1° pour l'hôpital, on doit éviter l'encombrement ; 2° n'avoir qu'un étage occupé par les malades ; 3° Avoir des pavillons séparés. A son avis, l'Hôtel-Dieu est un hôpital détestable, à cause de l'encombrement et du défaut d'aération.

MM. Gayet et Ollier s'associent aux observations présentées par M. Verneuil sur les conditions insalubres de l'Hôtel-Dieu.

M. Laroyenne, chargé de l'important service d'accouchements de la Charité, où sévit trop souvent la fièvre puerpérale désirerait que l'on se préoccupât aussi des conditions de salubrité présentées par cet hospice, affecté en outre au traitement des enfants âgés de moins de treize ans.

M. Diday demande que la Commission chargée de formuler sous forme de conclusions l'opinion de la section de salubrité de l'Hôtel-Dieu, s'occupe également de l'hôpital de la Charité.

Cette proposition est adoptée, et M. le président désigne pour faire partie de cette Commission MM. Azam. Courty, Ledentu, Marmy, Texier, Verneuil.

A la séance du soir, la Commission a présenté au vote de la section, qui les a adoptées, les conclusions suivantes :

« Les membres de la Commission sont unanimement d'avis que l'Hôtel-Dieu de Lyon ne remplit aucune des conditions hygiéniques que la science moderne recherche dans les hôpitaux ; bien au contraire il accumule tous les inconvénients et les dangers de l'encombrement par le chiffre de sa population générale, par l'immense étendue des salles, par le défaut de ventilation convenable, par l'exiguïté des cours, etc.

» La section est également d'avis que les modifications destinées à diminuer l'insalubrité de l'Hôtel-Dieu seront frappées d'impuissance et ne produiront que des résultats illusoires. Tous les efforts ne parviendront jamais à faire même un hôpital passable d'un monument, à coup sûr imposant, au point de vue architectural et qui, à ce titre, pourrait recevoir une plus utile destination.

» Le résultat de l'enquête, sur l'hôpital de la Charité, a été, malheureusement, tout à fait analogue en ce qui touche du moins les services d'accouchements. Cet hôpital n'est guère mieux favorisé que l'Hôtel-Dieu sous le point de vue des conditions d'hygiène et de salubrité. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre. — Présidence de M. Depaul.

L'académie a reçu plusieurs correspondances à propos du choléra. M. Taillandier, avocat à la cour de Paris, écrit que depuis longtemps M. le Dr Henry, médecin aux Indes, a prouvé que le choléra se transmettait par les eaux potables ; mais il ne croit pas que la Seine puisse être infectée, eu égard à la petite quantité de déjections mélangée à la masse d'eau.

Plusieurs pharmaciens et un ancien sous-préfet, M. Renan, adressent des formules thérapeutiques aptes à guérir le choléra et font les recommandations que nécessitent leur emploi. Dès lors que les avocats et les sous-préfet s'en mêlent, le choléra va fuir.

M. Delpech, lit à l'Académie les renseignements officiels sur la marche de l'épidémie cholérique. Du 9 au 14 septembre inclusivement il y a eu à Paris 134 décès par choléra, ce qui fait par jour 22 décès 3 dixièmes. Dans ce chiffre les hôpitaux comptent pour 29 décès sur 63 cas soignés et constatés. Pendant les derniers jours de la période indiquée, le nombre des décès est allé en diminuant progressivement. Habituellement au début des épidémies cholériques, le chiffre des décès est au moins de la moitié de ceux qui sont atteints ; actuellement cette proportion n'est pas atteinte comme on peut s'en convaincre par les chiffres cités plus haut pour les hôpitaux. Cela prouve encore du peu d'intensité de l'épidémie.

M. Poggiale, membre de la commission des eaux minérales, lit trois rapports qui concluent à donner l'autorisation d'exploiter trois nouvelles sources en France.

M. Guillery professeur à la Faculté de Bruxelles, présente à l'Académie des gouttières de son invention. Elles sont en métal léger et affectent la forme du membre qu'elles doivent soutenir. Elles doivent être employées dans les cas où le chirurgien n'a ni le temps, ni les moyens de faire ou de poser les bandages et les appareils nécessaires.

M. Larrey, fait observer qu'un médecin militaire de l'hôpital du Gros-Caillou a déjà employé des gouttières du même genre.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *diarrhées prémonitaires du choléra.*

M. J. Guérin ne s'occupera pos de rechercher si le choléra naît par importation ou spontanément, on est très-divisé sur ce sujet, et quand on cite un cas en faveur de l'importation, immédiatement on en trouve un autre en faveur de la spontanéité.

Ce qu'il y a de certain c'est que la diarrhée précède le choléra, et qu'il ne faut pas faire deux maladies distinctes, mais bien voir le mal à deux périodes, et pour l'observer et le soigner il faut le soigner dès le début et non pas lorsqu'arrivent les accidents de la période extrême. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Charcot.

Epithélioma de la racine de l'ongle par M. Robin, interne des hôpitaux.

Eugénie Renaud, 21 ans, entre le 30 mai 1873 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte Catherine, n° 20. (Service de M. le professeur Gosselin.) Pas d'antécédents héréditaires. Comme affections antérieures, nous avons à signaler le rachitisme dont la malade porte les traces évidentes : Scoliose droite, déformations du thorax et des membres inférieurs. A l'âge de 10 ans, elle s'aperçut qu'elle avait au bord interne de l'ongle de l'index droit une petite plaie, assez douloureuse. — Puis cette plaie se recouvrit d'une croûte que la malade enlevait et qui

se reproduisait rapidement. En même temps, la petite plaie grandit, et occupa toute la longueur du bord externe de l'ongle. Plus tard, cinq ou six ans après le début de l'affection, l'ongle lui-même était soulevé dans sa moitié externe. — Les douleurs étaient vives, spontanées ; — le moindre attouchement les augmentait encore, au point que dans les derniers temps, les fonctions de la main étaient considérablement gênées ; — coupée et brûlée (nitrate d'argent) à plusieurs reprises, la petite tumeur n'en croît pas moins.

En 1872, la malade entre à l'hôpital de la Charité, où M. Gosselin enlève la tumeur, et l'ongle et rogne l'os de la phalangette.

Un an après, la tumeur avait récidivé, aussi volumineuse qu'avant l'opération. La malade entre de nouveau à la Charité demandant elle-même l'amputation de la phalangette, tellement les douleurs sont devenues intolérables. L'opération est pratiquée par M. le professeur Gosselin ; il conserve la pulpe du doigt qui sert de lambeau protecteur de la plaie.

Examen de la tumeur. — Elle a l'aspect d'une saillie mamelonnée, papilliforme, comme villeuse et hérissée, de couleur blanchâtre ; elle est formée de deux parties : l'une libre située dans le sillon latéral de l'ongle ; l'autre en partie cachée. On peut insister sur trois points :

1° Lenteur de la marche en regard de la rapidité de la récidive ; — 2° Siége insolite de ce genre de tumeur ; — 3° Acuité et persistance des douleurs.

Examen microscopique, par M. Coyne, aide de clinique à la Charité, (3 mai). — *Une coupe* faite sur la partie malade et perpendiculaire à la direction de la phalange de façon à intéresser une partie de la matrice de l'ongle et le tissu cellulaire sous-jacent jusqu'au périoste présente les particularités suivantes :

« Les cellules épidermiques de la superficie au lieu d'être aplaties comme dans la partie restée normale de l'ongle sont un peu plus grandes, leur contour est moins net et comme granulaire ; elles se sont colorées irrégulièrement par le carmin. — Cette couche est très-épaisse, interrompue par des fissures horizontales dues à une fuite granuleuse de quelques rangées de ces cellules.

Plus profondément, on retrouve des cellules épidermiques polygonales, à contour net et subissant très-vivement l'action du carmin. Enfin dans la profondeur : cônes épidermiques volumineux avec dilatations latérales arrondies à leur extrémité inférieure au lieu de la forme très-allongée et très-pointue qu'ils présentent plus loin dans le tissu sain. —

Ces cônes épidermiques présentent toutes les périodes de l'évolution épidermique :

1° Une couche des cellules cylindriques appliquées sur la surface des papilles du derme, puis en se rapprochant du centre du cylindre des cellules polygonales très-belles dont le noyau s'est très-vivement coloré par le carmin. Enfin, au centre, des globes épidermiques ; il est vrai que ces derniers éléments sont rares et dans le champ de la préparation on n'en trouve que 5 ou 6.

Il n'existe pas pour ainsi dire de lésion du derme. Les papilles au lieu de s'allonger entre les cônes épidermiques sont plus petites, ratatinées ; elles ne présentent aucune déformation d'éléments jeunes dans leur épaisseur.

Au contour des vaisseaux et comparées à des papilles prises dans le lit de l'ongle, elles sont manifestement plus petites qu'à l'état normal.

C'est l'ensemble de toutes ces altérations qui nous porte à donner à cette lésion le nom d'épithélioma. En effet dans cette région on ne pouvait penser qu'à deux processus pathologiques ; ou bien à une hypertrophie papillaire à un papillome végétant en un mot ; — en second lieu à une hypertrophie uniquement épithéliale ; d'après l'examen que nous venons de relater il nous paraît indubitable que les papilles ne présentent aucune trace de travail irritatif et d'hypertrophie et que loin de là elles sont ratatinées, écrasées par les cônes épithéliaux dans lesquels le travail de prolifération est très-actif et même exubérant. C'est cette dernière considération plus même que la présence des rares globes épidermiques que nous avons constatés qui nous fait porter le diagnostic d'épithélioma.

M. Després, d'après l'aspect extérieur de la tumeur, croirait plus volontiers à une hypertrophie papillaire.

M. Cornil qui a examiné les préparations microscopiques faites par M. Coyne, pense qu'il n'y a pas de doute à avoir sur la nature de la tumeur : c'est un épithéliome tubulé.

M. Després. On ne voit pas de cancroïdes à l'âge de 10 ans. Les papilles de l'angle ont, chacun le sait, quelque chose de spécial ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les lésions, dont elles sont aussi le siége, aient quelque chose de particulier.

Congrès médical international.

Le Congrès vient de se fermer sans avoir épuisé son programme. Pour un journal sérieux, ce serait peine et papier perdus d'en reproduire les travaux *in extenso*. Le comité viennois peut être fier des résultats, toutes ses propositions ont été acceptées à la presque unanimité ; désormais quand un Gouvernement quelconque sera embarrassé par une question sanitaire quelconque, il n'aura qu'à s'adresser au comité viennois pour recevoir une réponse infaillible.

Cependant, pour caractériser le congrès, revenons sur quelques-uns des dogmes qu'il a proclamés à grand renfort de réclame. Sa première résolution est favorable à l'obligation de la vaccination. Les vaccinateurs les plus enragés n'ont pas nié la possibilité de l'inoculation de maladies dangereuses ; d'où impossibilité de l'obligation. Si les circonstances les plus favorables, les précautions les plus grandes ne mettent pas à l'abri de certaines infections qu'arrivera-t-il quand l'obligation une fois décrétée, exigera l'emploi d'une grande quantité de vaccins que l'on ne pourra pas choisir ? La vaccination obligatoire pouvant entraîner la syphilisation obligatoire ne deviendra jamais une mesure générale.

Quant à la syphilis et à la prostitution, le congrès a décidé que la syphilographie doit être enseignée et la prostitution surveillée ; chose nouvelle ! L'important serait de savoir comme cela doit être fait. Pour la prostitution certains tiennent que les maisons de tolérance sont une source de syphilis, de démoralisation ; d'autres y voient un palliatif contre l'extension de ces deux fléaux ; le congrès ne se prononce pas.

Le congrès nous a appris que le choléra n'était ni contagieux ni non contagieux, mais transportable. Il n'y aurait donc pas de meilleure barrière à opposer à ses progrès que les quarantaines, et l'on s'imaginerait qu'un congrès, dont toutes les puissances attendent les décisions, aurait logiquement approuvé et voté l'obligation de cette sorte de mesure. Pas du tout ; les quarantaines par voie de terre sont abandonnées, et maintenues, là où elles existent, pour les ports de mer, bien que l'on sache que l'organisation des quarantaines dans les stations maritimes est des plus pitoyables et des plus favorables à la diffusion des maladies. Le congrès proclame donc : que le choléra est transportable, et les bonnes quarantaines des voies de terre doivent être délaissées, les mauvaises installations maritimes, et seulement celles qui existent, doivent être autorisées, où est la logique ?

Les autres résolutions ont été adoptées à peu près telles que le comité les présentait. Sur la question de l'assainissement des villes le congrès s'est arrêté au système d'irrigation employé à Vienne, probablement parce qu'il y a produit de merveilleux résultats. La libre pratique médicale a été également décrétée et l'on peut s'attendre à voir bientôt une nuée de médecins français en Pologne, et d'Italiens à Vienne, d'Américains en Russie et d'Allemands à Paris. (*Wiener mediz. Wochenschrift.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

IX. — De l'alimentation par le rectum, par le prof. W. O. Leube, (d'Iéna).

Il n'est pas de médecin qui n'ait, dans sa pratique, rencontré de cas où la nutrition était devenue impossible par les voies ordinaires, soit que les aliments ne pussent pénétrer dans l'estomac, soit que cet organe refusât de les digérer, soit enfin que leur présence dans sa cavité déterminât des accidents faisant perdre tout le bénéfice de leur ingestion ou même entraînât des conséquences plus graves. Obligé de renoncer au mode d'alimentation normal, on a eu recours depuis longtemps à ce que l'on appelle des lavements nutritifs, généralement composés de bouillon, de lait, d'œufs, etc.

Malheureusement ce procédé n'atteint que très-imparfaitement son but, le gros intestin ne sécrétant pas les humeurs chargées de rendre absorbables et par suite assimilables les matériaux que l'on y fait ainsi pénétrer. Il faut donc chercher, pour ces injections une sorte de nourriture dont la composition et la consistance se rapprochent autant que possible de celle que présentent, dans le gros intestin, les aliments ingérés normalement, c'est-à-dire ne nécessitant plus une digestion préalable et pouvant être absorbée telle qu'on l'introduit.

Les substances employées jusqu'à présent ne remplissent

pas ces conditions; il n'y a d'exception que pour les peptones stomacaux récemment proposés, ainsi que les sucs extraits par pression de la viande crue. Mais on se heurte ici à d'autres difficultés: le haut prix de ces substances, leur préparation difficile, leur grand volume rendent une injection suffisante impossible, en restreignent beaucoup l'emploi et s'opposent à ce qu'elles entrent dans la pratique courante.

Le professeur Leube croit avoir trouvé une composition alimentaire satisfaisant, à la fois, les besoins de la pratique et les indications de la théorie. Elle consiste dans *l'association du pancréas à la viande, à la graisse, etc.* Il a choisi le pancréas, parce que, d'après les travaux des physiologistes, entre autres de Corvisart et de Kühne, cette glande digère des substances telles que la fibrine et la graisse, sur lesquelles le gros intestin est sans action.

La matière à injecter se prépare en ajoutant à 300 grammes de bonne viande de bœuf préalablement râclée et finement hachée, 100 grammes de substance glandulaire pancréatique, débarrassée de sa graisse autant que possible. On additionne le mélange de 150 grammes d'eau tiède, et on remue jusqu'à ce qu'il ait pris la consistance d'une bouillie épaisse. L'eau froide aurait l'inconvénient d'amener, en irritant l'intestin, une trop prompte évacuation des matières injectées. On peut ajouter, sans inconvénient, de la graisse, dans la proportion de 1/6.

L'utilité, sinon la nécessité, qu'il y a de laisser à la masse une consistance analogue à celle des aliments parvenant normalement dans le gros intestin, a conduit le professeur Leube à construire un clyso-pompe spécial. Il se compose d'un corps de pompe muni d'un écrou permettant de le fixer solidement à une table, d'un piston mu par un levier du second genre, prenant son point d'appui par articulation avec une mortaise adhérant au corps de pompe, et en un tube de caoutchouc renforcé par une spirale de fil de fer. Le robinet ordinaire d'évacuation est remplacé par un robinet à double tubulure qui, en laissant rentrer l'air par sa seconde tubule, et interceptant le retour des matières injectées, permet de relever le piston et d'en introduire de nouvelles dans le corps de pompe sans retirer la canule du rectum. La lumière de cette canule est plus grande que celle des canules ordinaires.

Sans pouvoir préciser en général, jusqu'à quelle hauteur, à l'aide de cet instrument, l'injection pénètre dans le gros intestin, le professeur Leube a constaté qu'elle avait atteint une fois le colon transverse, une autre fois le colon descendant. Cette question a son importance, car d'une part plus la pénétration sera profonde, plus sera grande la surface absorbante; et d'autre part, des expériences (fistule artificielle du colon) semblent prouver que l'absorption se fait principalement dans le gros intestin, les aliments parvenant très-vite de la bouche à ce point et ne pouvant conséquemment subir dans leur trajet qu'une absorption très-incomplète.

On aurait pu craindre que la matière injectée, provoquant des mouvements péristaltiques, ne soit trop promptement évacuée. Il n'en est rien; préparée comme il a été dit, elle peut séjourner 12 à 36 heures dans l'intestin; souvent même il faut en provoquer la sortie par un lavement pour faire place à une seconde injection. Des chiens à l'état normal, ont d'ailleurs conservé des injections de ce genre pendant 24 heures.

Les masses fécales obtenues au bout de ce temps ne différaient ni par la consistance ni par la couleur des excréments ordinaires. Cependant, elles étaient un peu gris jaunâtre dans quelques cas où elles n'avaient séjourné que douze heures dans l'intestin, et encore on n'y rencontrait presque pas de fibrilles musculaires intactes. L'odeur était celle des excréments provenant d'une digestion normale. Les fécès contenaient peu de peptones et pas de trace de leucine ni de tyrosine, eu raison, sans doute, de l'absorption des peptones avant leur transformation en ces deux dernières substances.

En règle générale les malades ne digéraient pas les premières injetions; il semble que l'intestin avait besoin de s'habituer à ce nouveau travail.

Il faut maintenant démontrer physiologiquement et cliniquement que la nourriture artificielle ainsi introduite dans l'intestin supplée suffisamment à l'alimentation naturelle.

Viande. — Les expériences destinées à établir que les aliments introduits par cette voie sont réellement digérés ont été faites sur des chiens et sur l'homme. Un chien étant privé pendant six jours de substances azotées et nourri exclusivement de graisse et d'amidon, on ne trouvait dans ses urines qu'une quantité insignifiante d'azote; après l'injection du mélange en question, la proportion d'azote s'élevait très-notablement dans les urines. — Un autre chien étant soumis à une ration contenant toujours la même proportion d'azote évacuait tous les jours par les urines une quantité invariable d'azote. Cette quantité restait la même quand, séparant ces aliments en deux parties, on en injectait une portion dans le gros intestin; le résultat restait le même en élevant la partie injectée au tiers de la masse d'aliments.

Un étudiant prit pendant quatre jours par la voie ordinaire 200 gr. de viande, 200 de pain, 100 de fromage, 20 de beurre, un litre de bière et 1/2 litre de lait. Tous les jours il évacuait la même quantité d'urine. Le cinquième jour, il prit une injection rectale de 200 grammes de viande; la quantité d'urée évacuée diminue, l'intestin n'étant pas habitué à ses nouvelles fonctions; mais dès le sixième jour, la proportion d'urée était revenue à peu près au niveau des jours précédents.

Ces expériences tendent à prouver que les substances azotées sont absorbées; une dernière le démontre positivement. Un chien est privé de nourriture pendant trois jours, puis on nettoie l'intestin par des lavements. On injecte alors une masse alimentaire dont le contenu en azote a été déterminé au préalable par l'analyse volumétrique (procédé Dumas). Au bout de 24 heures, on tue le chien et l'on analyse la masse fécale restée dans l'intestin. Elle ne contient plus que 0,19 d'azote au lieu de 3,07 que contenait la masse alimentaire. La différence est notable et prouve que presque tout est absorbé. On a tenu compte de l'azote provenant des sucs de la digestion.

Graisse. — Il est permis de penser en raison de l'action exercée par le suc pancréatique sur la graisse qu'elle serait aussi absorbée, si cette action ne produisait pas des savons qui provoquent la défécation, comme on l'a vu par expérience. Mais il n'en est plus de même quand la graisse est mêlée à de la viande dans une proportion moindre que le 1/6. Dans ce cas, l'injection est gardée assez longtemps pour que la graisse soit absorbée, comme le prouvent les deux expériences suivantes : *a)* Un chien, nourri pendant une semaine de substances dépourvues de graisse, reçoit une injection de 20 gr. pancréas, 21 graisse, 42 viande. Evacuée au bout de 45 heures, traitée par l'alcool, l'éther, la masse fécale donne à l'analyse 0,699 gr. de graisse. Presque tout a donc été absorbé. — *b)* Un malade, atteint de carcinome de l'estomac reçoit par injection rectale 300 grammes de viande, 100 de pancréas et 54 de graisse. Evacué au bout de 24, puis analysé, le résidu ne contenait que 0 gr. 23 de graisse. Dans les deux expériences, on a eu soin de vider complètement l'intestin à l'aide de lavements.

Féculents. — On aurait pu supposer que l'amidon, mêlé à la masse alimentaire, lui donnerait plus de consistance et lui permettrait de séjourner plus longtemps dans l'intestin. Par malheur, l'expérience a démontré le contraire. Cela tient peut-être à la transformation de l'amidon en sucre, qui provoquent des mouvements peristaltiques. Peut-être pourrait-on remédier à cet inconvénient en introduisant les féculents quelques heures avant le mélange alimentaire. Pour terminer, il ne nous reste plus qu'à rapporter des observations cliniques vérifiant les indications de la théorie.

I. Catarrhe chronique de l'estomac, vomissements, constipation opiniâtre, carcinome du péritoine. — W M., 38 ans, adonné à la boisson souffre depuis trois ans à la région stomacale; depuis neuf mois, vomissements et constipation perpétuelle. Emaciation, pâleur générale; tumeur allongée horizontalement au-dessus de l'ombilic, sensible à la pression; autre tumeur à la région inguinale gauche. Un mois plus tard, disparition de la tumeur remplacée par un grand météorisme. Léger soulagement par l'emploi de la pompe stomacale. Le troisième mois, réapparition de la tumeur au-dessus du ligament de Poupart à droite; gonflement des glandes lymphatiques voisines, ascite. Le malade ne supportant plus aucun aliment et semblant près de succomber, on a recours aux injections pancréatiques qu'il tolère très-bien.

L'emploi en est continué pendant plusieurs semaines, le malade rend des masses fécales normales et montre une vivacité plus grande et une augmentation de forces. Cependant il succombe aux progrès de l'affection organique.

II. G..., 36 ans, entre à l'hôpital le 2 janvier 1872. Depuis six ans ictère, anémie, excitabilité nerveuse, aigreurs d'estomac; depuis six mois dureté plus grande de l'épigastre depuis longtemps douloureux. Amaigrissement prononcé, œdème, pouls faible, abdomen affaissé, épigastre soulevé par une tumeur. On diagnostique un carcinome de l'estomac, on a recours à la pompe stomacale, aux injections pancréatiques que le malade supporte très-bien. Jamais de gène, conservation de l'injection pendant vingt-quatre heures ordinairement, sentiment de satiété, plus de besoin de manger la nuit. L'état s'améliore, mais la tumeur fait des progrès et la mort arrive le 11 février. A l'autopsie on trouve un carcinome du pylore rétréci au point de ne pouvoir laisser passer l'extrémité de l'index, un carcinome des glandes sous-péritonéales, des tubercules des poumons et de la plèvre, atrophie du cœur et du foie, calcul biliaire et abcès de l'intestin grêle.

III. L. W... 40 ans, avale par mégarde le 16 novembre 1871, quinze grammes de teinture d'iode. Malgré des soins immédiats, fortes douleurs à la gorge, cardialgies violentes, secousses des extrémités, envies de vomir. Evacuation de l'estomac à l'aide de la pompe, morphine et glace à l'intérieur; alimentation presque impossible les jours suivants; l'urine rare, contient de l'iode. Pendant plusieurs mois, l'alimentation par la bouche étant presque impossible, on recourut anx injections rectales; à partir du 2 février, on administra avec succès tous les jours 150 grammes de viande et 40 de pancréas. Le 3 mars, grandes douleurs d'estomac, collapsus, pouls imperceptible, sueurs froides. envies de vomir, délire, opisthotonos. Retour de l'accès le lendemain, suspension des injections alimentaires pendant ces deux jours. Un essai de reprise fait le 5 est suivi d'une prompte évacuation des aliments entraînant avec eux des masses sanguinolentes ressemblant à du goudron. Suspendues de nouveau jusqu'au 19 mars, les injections alimentaires furent alors reprises avec succès, sauf quelques interruptions, jusqu'à complet rétablissement dans le courant de mai.

IV. La femme X..., 24 ans, entra en janvier 1872 dans le service du docteur Bœhm: ulcère de l'estomac, rétrécissement pylorique, dilatation consécutive de l'estomac; vomissements deux à quatre fois par semaine. On pratique des injections alimentaires par le rectum; elles sont gardées 12 à 15 heures, rarement plus longtemps. Les selles ont une odeur féculente, une couleur brune, la consistance d'une bouillie épaisse, et ne laissent voir que peu de particules de viande non digérée. Le malade ne maigrit pas et prend assez de forces pour se lever.

V. H. C..., 29 ans, fait prisonnier à Coulmiers, interné dans l'île d'Oléron jusqu'en mars 1871, y est pris de diarrhées sanguinolentes qu'il attribue à la nourriture. Se rétablit à son retour. En mai 1871, vomissements acides, ardeur d'estomac, manque d'appétit. Entré à l'hôpital le 13 janvier 1872, il sort guéri le 30; traitement par le sel de Carlsbad, lait et pain pour nourriture. Rechute au milieu de février: violente hémorrhagie. Il rentre à l'hôpital, maigre pâle, anémique, vomissant tous ses aliments avec de l'eau acide, des glaires visqueuses; dégoût pour le lait et le pain, sel de Carlsbad sans effet. Lavements de l'estomac à l'aide de la sonde, injections dans le rectum de bouillon, lait, œufs, sans pancréas; purée de riz ou de pommes de terre avec du lait par la bouche. Les vomissements persistent, les lavements nutritifs sont rejetés au bout de peu d'heures. A partir du 20 mars, par le conseil du professeur Leube, le docteur Broglocher pratique des injections pancréatiques. Elles sont ordinairement conservées douze heures, puis évacuées sous forme de masses fécales. Aussitôt après l'injection, le malade éprouve un sentiment de plénitude. Le bien-être se fait sentir et les forces reviennent. Dès le premier jour les vomissements ont disparu, ainsi que les ardeurs d'estomac. Bientôt l'envie de manger reparaît et le malade redemande une demi portion.

Des expériences et des observations qui précèdent, le docteur Leube tire les conclusions suivantes:

I. — L'injection d'un mélange de viande et de pancréas séjourne dans le gros intestin de 12 à 36 heures, sans être évacuée.

II. — On risque de précipiter l'évacuation en ajoutant trop de graisse au mélange (plus de 1/6 de la viande).

III. — Il est prudent de nettoyer préalablement l'intestin si l'on veut éviter une expulsion trop prompte de l'injection.

IV. — Il arrive souvent que les premières injections sont rejetées trop tôt; il faut persévérer.

V. — Quand après plusieurs injections faites avec succès, il se produit une évacuation trop prompte, il faut laisser reposer l'intestin et suspendre un ou deux jours les injections.

VI. — Le mélange indiqué se recommande par son bon marché, la facilité de sa préparation et sa composition adaptée aux procédés naturels de digestion du gros intestin.

VII. — Le malade ne souffre pas de ce régime; il ne sent ni pression ni douleur dans l'abdomen; il éprouve un sentiment de satiété.

VIII. — En tout cas, après les injections, le pouls devient plus plein, l'état général s'améliore et le malade reprend confiance.

En terminant, M. Leube indique les cas dans lesquels la méthode nouvelle sera particulièrement applicable avec succès. Ce sont: La corrosion ou la sténose de l'estomac, de l'œsophage ou du pharynx, les grandes opérations faites dans cette région, les hémorrhagies de l'estomac ou de l'intestin grêle, la gastrite chronique et peut-être la péritonite, et en général tous les cas où il existe des empêchements mécaniques à l'introduction des aliments dans l'estomac ou l'intestin grêle et ceux dans lesquels la digestion par l'estomac ou l'intestin grêle présente des inconvénients ou des dangers pour le malade. (Trad. E. TEINTURIER.)

Enseignement médical libre.

Cours d'anatomie. — M. le docteur FORT commencera un *cours public d'anatomie et de physiologie*, le mercredi 15 octobre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Les *cours particuliers* de M. Fort recommenceront le lundi 20 octobre. Il y aura deux leçons par jour, dans l'amphithéâtre de M. Fort, rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphitéâtre n° 3 de l'Ecole pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections.* — Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser tous les matins, rue Caumartin, 12, à partir du 10 octobre.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS (1,851,792 hab.) Du 6 au 12 septembre, 936 décès. Variole, 1; — rougeole, 12; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 41; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 23; — pneumonie, 28; — *dyssentérie*, 14; — *choléra nostras*, 107; — *choléra* infantile, 43; — diarrhée cholériforme des enfants, 25; — angine couenneuse, 12; — croup, 11; — affections puerpérales, 7.

LYON. — Du 25 août au 7 septembre. 393 décès. Fièvres continues, 39; — bronchite aiguë, 6; — pneumonie, 15; — dyssentérie, 16; — diarrhée, 61; — cholérine, 17; — choléra, 1; — croup, 2; — affections puerpérales, 2; — affections cérébrales, 54.

LIÉGE (115,239 habitants). Du 1er au 8 septembre, 71 décès. Choléra nostras, 6.

LONDRES (3,356,079 habitants). Du 1er au 6 septembre. Dyssentérie, 1; — diarrhée, 229; — choléra nostras.

CHOLÉRA. *Inde.* — D'après les renseignements apportés par le transport à vapeur la *Sarthe*, le choléra aurait éclaté à *Singapore* à la fin de juillet.

Roumanie. — Du 21 au 29 août 332 malades anciens et 789 nouveaux. Total 1,121 qui se répartissent ainsi: morts, 207, en traitement, 332 guéris, 582. La mortalité est toujours assez considérable dans le département du Dol. Le choléra a presque complétement disparu d'Ibraïla.—Du 29 août au 10 septembre, 332 anciens et 1031 nouveaux. Total, 1363, dont 344 décès et 653 guéris.

Autriche. — Vienne, 11 septembre. — Accroissement du choléra au commencement de la semaine, diminution à la fin. Le nombre des cas pour la ville, hôpitaux compris, a été de 123, 102, 111, 94, 65, 88 et 76, avec une mortalité de 50 0/0. Dans les faubourgs, le fléau fait des progrès considérables; dans la banlieue, trois circonscriptions sanitaires seulement n'ont présenté encore aucun cas de choléra: Lilienfeld, Zwettel et Waidhofen. Dans les autres, notamment Brucker, Badener et Kremser, de nouveaux foyers apparaissent çà et là, comptant un nombre de malades plus grand relativement que dans Vienne et dans les faubourgs; cependant il faut tenir compte de ce que beaucoup de cholérines sont mises au nombre des cas de choléra. Mais la mortalité 50 0/0 montre qu'il s'agit bien en somme du choléra. En beaucoup d'endroits, l'épidémie est importée par d'anciens ouvriers des tuileries de Brünn, Vosendorf et Inzersdorf, qui s'y arrêtent, surpris par la maladie dans leur voyage de retour. (*Wiener med. Wochenschrift*)

Berlin. — Jusqu'au 21 août, il y a eu à Berlin 129 cas de choléra. Du 21 au 28, on a compté 91 cas nouveaux. Sur ces 220 cas, 144 se sont terminées par la mort, 13 par guérison; 63 étaient encore en traitement au 1er septembre (*Berl. Klin. Woch.* n° 35).

Portugal. — D'après une correspondance du *Temps*, il y aurait eu quelques cas de choléra à Lisbonne.

France. Le Hâvre (86,825 hab.) Voici le relevé des décès cholériques du 1er août au 12 septembre.

	Décès.	Choléra.	Diarrhée chol. des enfants.
2-8 août	69	5	21
9-15 —	90	10	38
16-22 —	106	25	29
23-29 —	143	53	37
30 août 5 septembre.	127	41	26
61-2 —	124	35	26
Totaux		169	177

Rouen. — L'état sanitaire est meilleur. Du 6 au 13 septembre. 42 décès: en ville, 17; — à l'Hospice général, 17; — à l'Hôtel-Dieu, 9. Il y a donc 23 décès par le choléra de moins que la semaine précédente.

Caen. A l'Hôtel-Dieu, à la fin de la semaine dernière, il y avait eu 20 cas de choléra et 8 décès.

Paris. Hôpital Lariboisière. — Du 11 au 17 septembre, 25 cas de choléra dont 6 intérieurs, 12 décès. Depuis le début, 37 cas : 12 intérieurs, 20 décès.

Hôpital Saint-Louis. — Du 11 au 17 septembre, il n'y a eu à Saint-Louis que deux nouveaux cas, dont l'un, intérieur, s'est terminé par la mort le jour même. Dans les diverses salles de l'hôpital, il existe un nombre inaccoutumé d'affections gastro-intestinales. Depuis le début de l'épidémie, il y eu 18 cas de choléra (12 intérieurs et 6 extérieurs) ; décès 13. Il existe uue salle d'isolement depuis le 12 septembre.

Hôpital de la Charité. — Du 10 au 17 septembre, il n'est entré que 3 malades nouveaux ; 1 décès le jour même de l'entrée. Il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans ayant commis des excès.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Il y a eu trois cas : 1° fille de 19 mois, père et mère morts du choléra ; — 2° fille de 6 ans, mère morte du choléra, père atteint de la même maladie ; — fille, mère morte du choléra.

Hôpital de la Pitié. — Un seul cas nouveau chez un individu atteint primitivement de fièvre typhoïde.

Hôpital St-Antoine. — Depuis le début, huit cas, cinq décès.

Hôtel-Dieu. Du 10 au 18, 8 cas nouveaux (hommes) ; 3 anciens ; 5 décès. Pour les femmes, pas de chiffres exacts ; mais il y en a eu 8 ou 10.

Otto Obermeier. — Dans son numéro du 25 août 1873 le *Berliner Klinische Woche enschrift* annonce en ces termes la mort de ce jeune savant. « M. Otto Obermeier, qui s'était déjà fait un nom bien connu dans le monde médical par une série de travaux, et dont les récentes découvertes sur le *fièvre à rechute* avaient produit une grande sensation, a succombé le 20 août au choléra, au moment où il se livrait à l'étude de cette maladie. Il s'était exposé au danger, plein de confiance, comme il avait traversé sans encombre, les diverses maladies contagieuses qu'il avait observées à la Charité, et entr'autres le typhus, il se mit à l'étude de la nouvelle épidémie, sans prendre contre elle la moindre des précautions. Il avait apporté dans sa chambre à coucher des préparations cadavériques et des déjectious de cholériques, pour les étudier au microscope ; il fut atteint par la contagion. Dès que les prodromes de la maladie se déclarèrent, il fit sur lui-même des recherches microscopiques, et reconnut avec son insouciance ordinaire qu'il était infecté. Le Dr Otto Obermeier était depuis plusieurs années, *assistant* à la clinique phsychiatrique et dans le service du professeur Virchow. C'est là qu'il trouva l'occasion de faire des études épidémiologiques qui promettaient d'être si fécondes.

Protection de l'enfance. — Un congrès des Sociétés protectrices de l'enfance s'ouvrira le 8 octobre prochain, à Paris, dans la *salle des séances de l'Académie de médecine*, rue des Saints-Pères, n° 42. Voici le programme arrêté par la Société protectrice de Paris :

1re Question : Examiner les diverses propositions relatives à la protection de l'enfance et arrêter au nom de toutes les Sociétés protectrices de France un projet de loi à soumettre à l'Assemblée nationale.

2e Question : Quel doit être le rôle des Sociétés protectrices de l'enfance ?

3e Question : Quels sout les moyens d'arriver le plus promptement possible à la propagation des Sociétés protectrices en France ?

4e Question : Des moyens de généraliser l'institution des crèches. Comparer les avantages et les inconvénients des crèches-asiles et des crèches à domicile.

La première séance aura lieu le 8 octobre à 2 heures très-précises. Des cartes d'entrée seront tenues à la disposition des membres de la Société protectrice de l'eufance, à partir du 1er octobre au bureau, *rue Magnan, 5*, où on pourra les retirer.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 16 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 27 SEPTEMBRE 1873

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES.— M. RANVIER.

Des ganglions lymphatiques (1).

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Etude expérimentale des ganglions.

La structure des ganglions est à peu près la même chez l'homme et chez les différents animaux qui servent à nos recherches ; il y a quelques différences de détails, mais elles existent aussi bien chez le même animal d'une région à une autre, que sur des animaux différents. Cela posé, nous étudierons la structure des ganglions lymphatiques chez le chien où nous trouvons les deux types les plus opposés, les ganglions cervicaux dont la couche corticale est mince et la portion médullaire considérable et les ganglions lombaires dont les follicules forment presque toute la masse . La première méthode que nous appliquerons à l'étude du ganglion est l'injection de bleu de Prusse en solution dans l'eau. Cette injection peut se faire directement, en piquant n'importe où dans le ganglion ; on peut aussi piquer dans le tissu conjonctif avoisinant et injecter ainsi un certain nombre de vaisseaux lymphatiques ; quand un de ces vaisseaux injectés se rend dans le ganglion, on y introduit une canule très-fine, et on injecte le ganglion par son intermédiaire.

L'injection indirecte donne de meilleurs résultats ; elle consiste à injecter par piqûre un ganglion superficiel de la région sous-maxillaire du chien, ganglion d'où le liquide pénétrera par les vaisseaux communiquant jusque dans un ganglion profond du cou ; ces ganglions sont en effet reliés les uns aux autres par des vaisseaux lymphatiques, si nombreux et si larges, que l'on peut compléter ainsi l'injection des ganglions profonds par voie indirecte, surtout si l'on a soin de placer quelques ligatures sur les vaisseaux lymphatiques qui conduisent la matière colorante dans d'autres régions.

Ces injections permettent de reconnaitre facilement que les vaisseaux afférents en arrivant sur la capsule, se divisent immédiatement en une série de ramifications qui embrassent cette capsule à la manière des doigts de la main appliqués sur une boule ; les vaisseaux afférents, au contraire, paraissent sortir directement de la masse du ganglion.

En examinant la surface du ganglion, on voit qu'elle est marbrée inégalement ; il s'y trouve des espaces circulaires, légèrement bleuâtres, séparés par des interstices d'un bleu plus foncé ; sur des coupes faites près de la surface, on voit que les espaces bleuâtres correspondent à des corps incolores, les interstices à des corps colorés ; dans le milieu du ganglion tout paraît coloré.

Si l'on pratique des coupes à travers tout le ganglion injecté après l'avoir fait durcir en le plaçant dans le liquide de Muller d'abord, et ensuite dans l'alcool, ou bien seulement dans l'alcool fort, et qu'après les avoir imbibées avec de l'huile essentielle d'œillet, on les examine dans le baume de Canada, on voit que toute la surface de la coupe se divise en parties injectées, celles où circule la lymphe et qui sont colorées en bleu, et en parties réservées non colorées ; ces parties réservées forment sur le bord du ganglion des masses sphériques, plus ou moins arrondies, que l'on appelle des *follicules*, et l'on appelle *sinus* les conduits lymphatiques, relativement étroits, qui se trouvent entre les follicules à la périphérie ; l'ensemble des follicules et des sinus constitue donc la couche corticale qui se trouve immédiatement au-dessous de la capsule. Vers le milieu de la coupe, les parties réservées non colorées forment des îlots irréguliers dans leur forme et leurs dispositions, mais généralement allongés que nous appellerons *cordons folliculaires* et les voies lymphatiques sont beaucoup plus larges ; c'est la substance médullaire.

Les artères se ramifient dans la portion injectée, par conséquent dans les voies lymphatiques.

Ces préparations peuvent être rendues encore plus démonstratives par la coloration au carmin, toute la substance folliculaire, (follicules proprement dits et cordons) est colorée en rouge, tandis que les voies lymphatiques (sinus dans la substance corticale, conduits dans la substance médullaire) apparaissent en bleu.

Une fois cette première notion obtenue, nous allons exposer les méthodes à employer pour étudier le détail des différentes parties constitutives du ganglion la capsule et les travées fibreuses qui en partent, la substance caverneuse, c'est-à-dire l'ensemble des voies lymphatiques du ganglion, les follicules et les cordons folliculaires, et enfin les vaisseaux sanguins.

1° *Capsule*. La capsule est plus ou moins épaisse, suivant les ganglions. Son épaisseur est plus considérable

(1) Voir les nos 3, 4, 9 et 13 du *Progrès Médical*.

dans les ganglions superficiels que dans les ganglions splanchniques ; elle est formée de tissu conjonctif avec des fibres élastiques, mais elle ne contient pas de fibres musculaires lisses chez le chien où nous l'avons surtout étudiée. De la paroi intérieure de la capsule partent des travées fines qui s'anastomosent les unes avec les autres et vont en augmentant peu à peu d'épaisseur depuis la capsule jusqu'au hile du ganglion vers lequel se réunissent les grosses travées, de telle sorte que ce réseau fibreux forme comme une arborisation qui part du hile pour aboutir dans ses plus fines ramifications à la paroi de la capsule.

Pour bien observer ces faits, la meilleure méthode est la congélation ; nous avons décrit ailleurs dans notre technique générale, les procédés à employer pour congeler les tissus ; le seul détail pratique sur lequel nous insisterons ici, c'est la manière de placer le ganglion ; le mieux est de l'insérer dans un trou percé dans une plaque de liége, en compagnie d'un morceau de moelle de sureau, de façon qu'un des côtés du ganglion soit en contact avec la moelle. On met le tout dans la glacière avec le rasoir. Quand on l'en retire, le liége sert à maintenir la pièce sans qu'on soit forcé d'y toucher avec les doigts, et la portion de moelle à laquelle est adossé le ganglion, l'empêche de reculer devant le rasoir, et permet de faire une coupe nette et bien définie.

Sur des coupes minces ainsi faites, on n'aperçoit plus que la capsule et le réseau fibreux : la capsule est composée de tissu conjonctif ; quant au réseau, nous allons y revenir en détail, à propos de la substance caverneuse.

2° *Substance caverneuse.* Nous appellerons substance caverneuse toute la partie dans laquelle pénètre, sur les préparations dont nous avons parlé plus haut, l'injection de bleu de Prusse, c'est-à-dire l'ensemble des sinus de la couche corticale et des conduits lymphatiques de la portion médullaire. L'aspect de cette substance, diffère suivant que l'on fait une coupe parallèle ou une coupe perpendiculaire à la surface. Sur une coupe parallèle à la surface, on voit des follicules circulaires entre lesquels se trouve la matière colorante bleue des sinus. Sur une coupe perpendiculaire à la surface, les sinus ne sont pas aussi nets ; ils se continuent sans ligne de démarcation tranchée avec les conduits de la substance médullaire.

En faisant des coupes sur un ganglion frais et simplement durci soit à l'alcool, soit au bichromate de potasse, soit à l'acide picrique (ce dernier est incontestablement le meilleur), on a quelquefois de la peine à distinguer les follicules des sinus ; en effet, le sinus est rempli de cellules lymphatiques et le follicule aussi, quoique ces dernières soient un peu plus serrées.

Voici donc comment il faut procéder : Après avoir fait durcir un ganglion dans l'acide picrique (et pour cela, il faut le laisser pendant 24 heures dans une solution saturée), on en fait des coupes fines ; il est bon que ces coupes comprennent toute l'étendue du ganglion avec sa capsule ; elles se trouvent ainsi soutenues par une sorte de cercle plus ou moins rigide, et se plissent moins facilement. C'est pour la même raison qu'il n'est pas mauvais du tout que les coupes soient inégales ; les parties épaisses soutiennent les parties minces, les maintiennent tendues et permettent un meilleur examen. Une fois ces coupes obtenues, il faut les traiter au pinceau pour bien distinguer les éléments ; pour celà les coupes sont mises dans l'eau jusqu'à ce qu'elles soient complétement décolorées, ce qui ne dure pas très-longtemps, puis on les place dans un vase à fond plat, une soucoupe par exemple, recouverte d'une faible couche d'eau (2 à 3 m. m.) ; on les touche à plusieurs reprises et très-doucement avec la pointe du pinceau mouillé, de manière à les faire adhérer au fond du vase ; alors on frappe un peu plus fort avec le pinceau ; on juge de la force des coups par la manière dont les bords de la préparation se relèvent lorsqu'on retire le pinceau. Ce traitement au pinceau doit être fait avec précaution, et si l'on s'arrête bien à temps, on arrive à enlever toutes les cellules qui se trouvent ns le sinus, tandis que le follicule en est encore rempli ; sur des coupes perpendiculaires à la surface du ganglion, traitées aussi par le pinceau, après coloration au carmin, et addition de glycérine, les travées apparaissent suivant leur longueur, ou suivant leur section transversale ; on aperçoit à leur centre une artère ou une veine bien indiquées par les fibres musculaires de leur tunique, et un tissu conjonctif strié dans le sens de l'axe de la fibre, formé par de très-petits faisceaux entremêlés de fibres élastiques. De ces travées, partent dans toutes les directions des fibres connectives d'inégal volume, qui en s'anastomosant constituent un réticulum très-fin, analogue à celui que nous avons signalé plus haut sur l'épiploon de marsouin, mais s'anastomosant, comme nous l'avons dit, dans tous les sens.

Souvent on distingue des extrémités libres de fibrilles qui ont été atteintes par la coupe et qui flottent dans le liquide.

Lorsque l'on examine la préparation plus près du centre, on remarque que les sinus se continuent avec des espaces plus ou moins irréguliers qui se trouvent dans la substance médullaire et qui sont parcourus de même par des travées fibreuses et par un réticulum fin. Les *conduits lymphatiques* de la substance médullaire ne sont donc que la continuation des sinus de la substance corticale.

Près des points d'entrecroisement des petites travées et en dehors d'elles on remarque des noyaux ovalaires entourés de protoplasma ; on voit des noyaux de même nature sur les bords et sur les faces des travées plus grosses, et on en rencontre aussi sur la paroi du follicule et sur la paroi interne de la capsule fibreuse. Ces noyaux appartiennent aux cellules d'un revêtement épithélial appliqué aussi bien sur les travées de tout ordre que sur la surface du follicule et sur la paroi interne de la capsule. Pour le démontrer, il faut avoir recours au nitrate d'argent. Voici comment il faut procéder pour obtenir le revêtement épithélial de la capsule et du follicule : on injecte par piqûre dans les couches superficielles du ganglion, une solution de nitrate d'argent à 1|300, puis on plonge le ganglion dans de l'eau distillée pendant 12 à 15 heures ; on fait alors une coupe parallèle à la surface du ganglion, et on la place d'abord dans de l'alcool ordinaire, puis dans l'alcool absolu, ensuite dans l'essence de térébenthine ou d'œillet, et enfin pour l'examiner, on la met dans du baume du Canada, en ayant soin que la face interne soit tournée du côté de la lamelle, de manière que l'observateur voie le fond du sinus.

Sur une préparation faite de la sorte, on remarque dans le fond des follicules un revêtement épithélial double dont les lignes s'entrecroisent les unes avec les autres.

Les deux épithéliums sont si rapprochés l'un de l'autre qu'ils sont nettement distincts pour le même point de l'objectif, et au premier abord il paraît n'y en avoir qu'un seul. Mais pour peu que l'on soit habitué à ce genre d'observation, on distingue facilement les deux systèmes de raies noires entrecroisés, et on est forcé de reconnaître qu'il y a là deux épithéliums superposés, dont l'un appartient à la surface du follicule, l'autre à la surface interne de la capsule fibreuse.

Pour démontrer le revêtement épithélial sur le réticulum fibreux des sinus et des conduits lymphatiques, il faut procéder d'une façon un peu différente. Sur un chien récemment tué (par la section du bulbe par exemple) on fait dans le centre d'un ganglion lymphatique, une injection de nitrate d'argent à 1|500, de manière à remplir toute la substance caverneuse ; le ganglion gonflé blanchit légèrement ; on l'étreint à la base par une ligature, on l'enlève et on le soumet à la congélation de la façon que nous avons décrite plus haut. On y fait ensuite des coupes minces que l'on expose à la lumière et que l'on monte dans la glycérine après les avoir colorées au picro-carminate. Sur ces coupes, on voit se dessiner sur les grosses travées, un réseau épithélial polygonal, qui se poursuit sur les travées de second ordre, et va se continuer avec le dessin qui se produit à la surface des cordons folliculaires. Les plus petites travées sont de même recouvertes de cellules épithéliales

et comme sur le grand épiploon, on peut sur les travées les plus fines, distinguer la ligne noire longitudinale qui indique la soudure des bords d'une cellule qui entoure toute la travée et forme à elle seule son revêtement. Kolliker et Recklinghausen ont bien vu le revêtement des follicules, mais ils ne sont pas arrivés à démontrer celui du réticulum. Par le procédé que nous indiquons, il se manifeste très-nettement. *(A suivre)*

PATHOLOGIE EXTERNE.

Des ulcérations du col de l'utérus

Par le Dr **A. LE BLOND**, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Les ulcérations du col de l'utérus, sont des solutions de contiuuité de la surface de la muqueuse et dépendantes de causes variées.

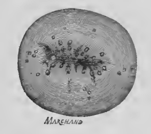
Nous ne ferons pas ici, à propos de ces ulcérations, une description complète des maladies auxquelles elles se rattachent, cette étude devant être faite en même temps que la maladie principale qui leur a donné naissance; mais il est des particularités qu'il est important de connaître et que nous passerons en revue. Nous étudierons aussi plus spécialement l'ulcération inflammatoire simple et nous ne parlerons guère des autres espèces d'ulcérations qu'au point de vue de leur diagnostic avec l'ulcération inflammatoire.

Cela dit, nous admettrons au point de vue étiologique, trois classes d'ulcérations: 1° les ulcérations d'origine inflammatoire; — 2° les ulcérations syphilitiques; — 3° les ulcérations cancéreuses.

I. ULCÉRATIONS D'ORIGINE INFLAMMATOIRE.—Avant d'aborder l'étude des ulcérations inflammatoires du col, il doit être bien entendu, que si nous décrivons ces ulcérations à part, nous les considérons néanmoins comme un *symptôme* de la métrite chronique et non comme une entité morbide.

L'ulcération qui va maintenant faire le sujet de notre étude résulte, ainsi que nous l'avons dit, de l'inflammation des follicules mucipares, il est rationnel de faire précéder l'étude de l'ulcération, de celle de la folliculite du col.

L'inflammation des follicules mucipares se présente sous forme de *granulations*. C'est à Boivin et Dugès (2), Duparcque (3) et Lisfranc (4) que l'on doit les premières notions sur cette forme d'inflammation. Depuis leurs écrits, les granulations



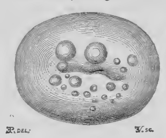


Fig. 12 et 13. — Follicules du col de l'utérus enflammés et tuméfiés mais non encore ulcérés. (D'après BECQUEREL).

ont été observées par tous les médecins qui se sont occupés des maladies des femmes; mais ces granulations considérées par ces auteurs comme une affection spéciale ne sont en réalité ainsi que l'ont démontré MM. Huguier et Robert, que des follicules mucipares enflammés. Cette inflammation des follicules a été décrite sous les noms *d'inflammation granuleuse* et de *folliculite du col*.

Ces granulations, à peine saillantes au-dessus de la muqueuse, présentent un volume qui varie depuis un grain de sable fin jusqu'à un grain de millet. (Fig. 12 et 13). Quelquefois leur volume est un peu plus considérable et M. Churchill rapporte qu'il a vu de ces granulations qui avaient le volume d'un pois et ressemblaient à une pustule de variole. Ces granulations se présentent tantôt sous forme d'un petit point rouge, d'autres fois blanchâtre.

Lorsque la glande est trop distendue par les produits de sécrétion, elle finit par se rompre et laisse subsister à sa place une petite ulcération que l'on désigne sous le nom d'*ulcération folliculaire*, et la preuve que ces ulcérations résultent bien de la rupture des granulations, c'est qu'il suffit avec la pointe d'un bistouri, de rompre une de ces granulations, pour observer une petite ulcération en tous points semblable aux ulcérations isolées que l'on rencontre souvent sur le col.

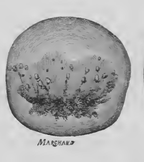
Supposons maintenant que les ulcérations soient assez rapprochées, pour que leurs bords puissent se toucher et nous avons dès lors sous les yeux une surface ulcérée d'une étendue variable, suivant le nombre de follicules qui prennent part à l'ulcération.

Certains auteurs ont exagéré considérablement l'importance de ces ulcérations, ils les regardent comme une entité morbide, tandis qu'en réalité, elles ne doivent être considérées que comme un produit de l'inflammation. Cette exagération était due à la facilité avec laquelle on les mettait à découvert, à l'aide du spéculum; il résultait de là que l'on regardait comme maladie principale, ce qui n'était que secondaire et accessoire. Mais depuis un certain temps, il se fait une réaction salutaire et l'on tend à considérer l'ulcération comme le résultat d'un état phlegmasique chronique, contre lequel notre traitement doit être dirigé, bien plutôt que contre l'ulcération elle-même. Ce mode de production de l'ulcération une fois connu, examinons ses caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — L'ulcération inflammatoire que l'on a décrite aussi sous le nom d'*érosion du col, d'exulcération*, se présente sous la forme d'une solution de continuité rougeâtre, légèrement tomenteuse, sans saillie à la surface du col. Elle siége toujours au pourtour de l'orifice du col et s'étend plus ou moins sur la surface du museau de tanche (fig. 14).

Quelquefois elle recouvre complétement cette surface jusqu'à ses insertions vaginales. Quand elle n'envahit pas toute la surface du col, elle siége plus souvent sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure; néanmoins il n'est pas rare de la voir plus étendue sur la lèvre antérieure (fig. 15) et même siéger exclusivement de ce côté. Très-souvent, l'ulcération franchit l'orifice externe du col, et pénètre plus ou moins dans sa cavité. On trouve ordinairement le col gros et l'orifice externe dilaté.

Dans certains cas, la surface ulcérée devient végétante, bourgeonnante, fongueuse, ces divers états correspondent à ceux que les auteurs ont décrits sous les noms d'ulcérations papillaires, en chou-fleur, en crête de coq, et qu'ils ont considérés comme des espèces différentes d'ulcérations. Cet aspect



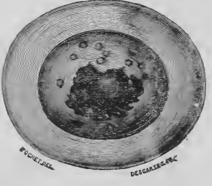


Fig. 14. — Ulcération folliculaire du col de l'utérus. — Granulations folliculaires disséminées au pourtour des parties ulcérées. (BOIVIN et DUGÈS. *Atlas*, p. XXVII, Fig 2).

Fig. 15.— Ulcération folliculaire occupant une beaucoup plus grande étendue, de la lèvre antérieure que de la postérieure au museau de tanche. (D'après BECQUEREL).

variable tient à ce que les papilles de la muqueuse prennent part à l'inflammation et viennent imprimer alors un cachet

(1). Ce travail sera inséré dans la deuxième édition du *Traité des maladies des femmes* de M. Churchill, revue par le docteur A. Le Blond.

(2) Boivin et Dugès. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*. 1833, t. II, p. 332.

(3) Duparcque.— *Traité théorique et pratique sur les ulcérations organiques de la matrice*, p. 84.

(4) Lisfranc. — *Maladies de l'utérus*. 1836, p. 331.

spécial à la maladie. Cette inflammation des papilles qui pour nous est secondaire, a pu être considérée comme primitive par certains auteurs ; Scanzoni pense en effet que cette inflammation des papilles est fréquemment l'origine des ulcérations.

Cette manière de voir qui consiste à regarder l'inflammation des papilles comme étant souvent l'origine de certaines ulcérations ne nous paraît pas rigoureusement vraie et en cela nous nous appuyons sur l'autorité considérable de M. Gallard : « Que les papilles soient enflammées, dit-il, que même leur inflammation imprime un caractère particulier à l'ulcération, au fond de laquelle elles se trouvent à nu, par suite de l'exfoliation de l'épiderme, c'est ce qui ne saurait être contesté. — Que par suite de leur tuméfaction et de leur richesse vasculaire, elles contribuent à rendre ces ulcérations plus fongueuses et plus facilement saignantes, cela se conçoit encore à merveille, mais que la seule inflammation de ces papilles conduise à l'ulcération, c'est ce qu'on n'a pas démontré; c'est ce que l'analogie tend à faire repousser, car dans le vagin où les papilles sont nombreuses et où l'on ne trouve pas de follicules mucipares, l'ulcération ne se produit jamais sous l'influence des vaginites les plus intenses, ni des leucorrhées les plus rebelles, de celles qui conduisent à la vaginite granuleuse ; — c'est ce que l'observation des faits contredit également, car dans tous les cas, l'ulcération du col existe à son maximum d'intensité au pourtour de l'orifice où les follicules sont les plus abondants, et ne débute jamais sur la circonférence externe du col au niveau de l'insertion du vagin, là où les follicules deviennent plus rares et où les papilles prédominent. Enfin les auteurs eux-mêmes qui veulent nous faire accepter cette variété d'ulcération papillaire reconnaissent que, même au milieu des papilles enflammées et hypertrophiées, on retrouve souvent des follicules enflammés. »

« Je me demande s'il ne serait pas plus logique de penser que ce sont là deux degrés, deux phases successives du même travail morbide? J'ai quelques raisons de penser que l'ulcération du col débute toujours par une inflammation des follicules mucipares, puis que les follicules étant une fois ulcérés et détruits, tant par la suppuration que par l'extension du travail ulcératif dont leur cavité a été le point de départ, les papilles se trouvent mises à nu et deviennent alors la seule base de l'ulcération après la disparition des follicules.

« C'est ainsi que je m'explique les formes des ulcérations papillaires qui ont une grande tendance à se boursouffler, à bourgeonner, à former au-dessus du niveau de la muqueuse des végétations ou des excroissances d'un rouge plus ou moins vif saignant au moindre attouchement, qui constituent les ulcérations fongueuses, les ulcérations en choux-fleurs et en crêtes de coq. Ces ulcérations se montrent donc à une période plus avancée de l'inflammation et ne constituent pas le moins du monde une forme spéciale de la maladie (1). »

D'autres fois, les ulcérations prennent une teinte, un peu violacée, et l'on voit, à la surface du col, ramper quelques veines gorgées de sang. Cette variété que l'on a désignée sous le nom d'*ulcérations variqueuses* et que quelques auteurs ont considérées comme une espèce spéciale, se rencontrent toujours sur des utérus enflammés. Elles sont dues à la vascularisation considérable de la muqueuse et à une gêne locale de la circulation sous l'influence de l'inflammation.

Nous rapprocherons de cette variété les *ulcérations de la grossesse* qui, comme elles, dépendent aussi d'une inflammation chronique due à la gêne apportée dans la circulation utérine par la présence du produit de la conception.

Causes. — L'ulcération résulte, avons-nous dit, de la rupture des follicules enflammées et ce qui prouve bien que telle est en effet l'origine des ulcérations, c'est que sur les limites de la surface ulcérée, on aperçoit presque toujours quelques granulations isolées non encore ulcérées et d'autres qui se sont déjà rompues.

Certains auteurs ont voulu faire jouer à la leucorrhée un rôle important dans le développement des ulcérations ; ils admettent que l'ulcération serait due alors à l'action irritante du produit de sécrétion sur la muqueuse du col. On s'est fondé pour admettre ce fait sur la présence plus fréquente de l'ulcération sur la lèvre postérieure, là où le contact de la leucorrhée serait plus immédiat ; mais alors comment expliquer les cas où l'ulcération siége sur la lèvre antérieure. De plus en admettant que la leucorrhée puisse avoir une action marquée, l'ulcération ne pourrait s'expliquer que par l'inflammation préalable de la muqueuse, d'où il résulte qu'il est bien plus rationnel de supposer que l'ulcération est le résultat de l'inflammation au même titre que la leucorrhée.

On a encore accusé le coït de déterminer l'ulcération du col en produisant un certain traumatisme de l'organe. Il nous suffit, pour réfuter, cette opinion, de rappeler que ces ulcérations se rencontrent quelquefois chez les filles vierges, et d'ailleurs, l'effet du traumatisme ne serait-il pas de développer une inflammation préalable.

Quant au frottement du col contre les parois du vagin qui a été aussi invoqué comme cause de l'ulcération, nous ne pensons pas qu'il puisse avoir une action marquée, et du reste, on ne pourrait se rendre compte de la lésion qu'en admettant l'inflammation primitive de la muqueuse. *(A suivre.)*

(1) Gallard. — *Leçons clin. sur les malad. des femmes.* 1873, p. 285.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Hypertrophie considérable et partielle du tissu interstitiel de la rate dans un cas d'intoxication palustre,

par H. CHOUPPE, interne des hôpitaux.

L'on n'a pas fréquemment l'occasion de faire l'autopsie de sujets affectés d'intoxication paludéenne; l'influence du traitement suffit en général pour faire disparaître rapidement toute lésion de la rate. Cette disparition rapide des lésions prouve que l'on n'avait point affaire à une altération organique ; aussi la plupart des auteurs considèrent-ils la tumeur splénique comme due à une hyperémie d'abord, puis à une exsudation diffuse dans le parenchyme. Dans quelques cas il existerait une hypertrophie du tissu propre de la rate, ou encore du pigment (Griesinger). Je dois donc considérer comme une bonne fortune d'avoir eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme atteint d'intoxication palustre ancienne, et chez lequel existait, comme on le verra, une altération notable de la rate. — C'est cette observation que je vais résumer sommairement.

Obs. — Il s'agit d'un homme âgé de 53 ans, mort dans le service de M. le professeur Vulpian, le 27 décembre 1872, à la suite d'une pleuro-pneumonie gauche. Ce malade a éprouvé plusieurs atteintes de fièvre intermittente : 1° Une première attaque étant soldat en Algérie en 1865 ; durée 1 an. — Rate volumineuse, douleurs vives au côté gauche.— 2° En France, en 1855, 2e attaque ; durée 2 mois. — 3° En 1872, fièvre quotidienne ; durée 1 mois. — Dans les 3 accès, il a été soigné par le sulfate de quinine.

A l'*autopsie* l'on trouve, outre les altérations pulmonaires, les lésions suivantes du côté de la *rate :* Elle est volumineuse, plus dure qu'à l'état normal, et adhère fortement au diaphragme ; quand on veut l'inciser l'on éprouve une résistance considérable qui rappelle la dureté du bois. Sur la surface de la section l'on constate que cette résistance est produite par une hypertrophie généralisée du tissu interstitiel, très-épaissi par place. Une cloison dure, ramifiée, part de la face interne de la capsule et s'étend dans l'épaisseur du parenchyme à une profondeur de 4 à 5 cent. sur une largeur de 1 cent. environ. Outre cette cloison, l'on rencontre encore, en deux points, une hypertrophie considérable du tissu conjonctif.

Avons-nous, ici, à faire à une cicatrice d'abcès s'étant produite lors de la première atteinte ? ou bien les tractus qui partent de la face profonde la capsule se sont-ils épaissis par suite de la périsplénite ? C'est là une question difficile à résoudre. Quoiqu'il en soit, cette lésion semble bien remonter à la première atteinte de fièvre, et être la conséquence de la congestion si longtemps prolongée à cette époque.

Nécrologie. On annonce la mort du docteur Milcent (D. A.), ancien interne des hôpitaux, médecin homœopathe.

M. Nélaton est mort le 21 septembre. — M. Coste, professeur au Collége de France et membre de l'Institut, vient de mourir. — Le professeur Czermak est mort le 22 septembre dernier à Leipzig.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Quæque ipsa miserrima vidi.

Hygiène des Lycées.

Dans la séance du 13 novembre, à l'Académie des sciences morales et politiques, M. Jules Simon a donné lecture d'une partie d'un livre qu'il prépare sur l'enseignement secondaire. Il s'agit, dans cette partie, de l'hygiène des colléges et des réformes dont elle paraît susceptible à l'ancien ministre. La meilleure des réformes, selon nous, serait si elle était possible, la suppression de l'internat. Par malheur, nos habitudes et nos mœurs, le besoin qu'éprouvent nombre de parents de se débarrasser de leurs enfants, l'excessive rareté des familles disposées à recevoir à leur foyer, comme cela se fait chez d'autres peuples, des enfants étrangers, le nombre plus petit encore de celles qui en seraient dignes et capables, obligeront longtemps encore à se contenter de palliatifs.

L'hygiène des colléges, l'hygiène purement physique comprend trois ordres de choses que M. Jules Simon a examinées tour à tour : 1° le régime alimentaire, l'habillement et le logement ; 2° la durée du travail intellectuel ; 3° les exercices nécessaires à la santé du corps.

Le grand vice, le mal incurable de l'éducation universitaire, de celle que M. Laprade a si bien nommée l'*éducation homicide*, c'est l'uniformité (1). Pour le corps comme pour l'esprit, le lycée n'est qu'un lit de Procuste. Intelligences vives ou lentes, appétits faibles ou robustes, tous sont soumis à la même ration. Chaque élève, quelles que soient la capacité et l'énergie de son cerveau ou de son estomac, recevra, dans le courant de l'année, la même somme d'instruction à s'assimiler, la même quantité de bœuf ou de haricots à digérer. Pour l'alimentation physique il y a peut-être, dans les lycées de Paris, plus d'intelligence dans la distribution ; mais nous avons bien peur qu'en vantant l'excellence de la nourriture simple et sans apprêts du lycée aux dépens de celle de la famille, plus savante ou plus malsaine, M. Jules Simon n'ait oublié les colléges de province. Dans beaucoup, sinon dans tous, pour de grands gaillards de dix-huit ans et pour les bambins de 7 ans, la diète est la même. C'est trop pour les uns ou pas assez pour les autres. L'impossibilité de faire autrement, qu'on nous objectera, est un des considérants de la condamnation de l'internat. — La simplicité de la nourriture est chose louable et bonne, nous le disons avec M. Jules Simon, mais en ajoutant que la quantité doit être prise en considération ; suffisante dans certains établissements, elle tombe parfois à un niveau dérisoire dans les *colléges* municipaux, dont le *principal* pensera beaucoup plus, c'est la faute de la nature humaine, aux intérêts de sa bourse qu'à ceux des besoins de ses *pensionnaires*. Pour être juste, il conviendrait peut-être d'étendre ce reproche à quelques lycées dont l'économe songe trop à son avancement.

Quant au vêtement, l'uniformité du costume a de bonnes raisons d'être et se défend facilement, bien qu'elle puisse passer pour un symptôme de cette uniformité générale et fatale dont nous parlions plus haut. Mais ce qui se défend moins c'est le modèle, c'est ce ridicule uniforme militaire dont on affuble des enfants quittant à peine leur nourrice. Froid en hiver, chaud en été, incommode pour jouer, l'uniforme actuel est rejeté par M. Jules Simon qui veut lui substituer la blouse avec ceinturon. Ce vêtement offre, certes, de grands avantages hygiéniques, sans parler de l'économie ; comme argument sentimental, on peut dire que c'est le costume national, le vieux sayon gaulois.

Plus important de beaucoup que le vêtement est le logement. Or, il est certain, que sous ce rapport, l'hygiène des meilleurs lycées est détestable et cela simplement parce qu'ils sont des lycées. L'encombrement est leur plaie, même quand les enfants n'y sont pas entassés et cette plaie est liée inévitablement à leur existence dont elle n'est que la conséquence. Mais que dire de la plupart des colléges installés dans de vieux bâtiments, dans d'anciens couvents, ou étranglés au milieu des villes, entre de hautes maisons, sans air, sans soleil, sans espace, dans l'ombre, sans ombrage ! Il est tel lycée de Normandie où les épidémies, à l'état pour ainsi dire endémique, rendent trop souvent le licenciement indispensable.

M. J. Simon demande que les élèves n'aillent pas sans transition du dortoir à la classe, qu'il y ait un court intervalle entre une classe et l'autre, que les heures d'étude soient diminuées et que les enfants puissent causer pendant les repas. On ne peut qu'applaudir à ces réformes, surtout à la dernière qui devrait être faite depuis longtemps ; ce vieil usage monacal, n'a pas d'autre raison d'être que son harmonie avec les bâtiments claustraux où sont claquemurés les enfants.

Longues recréations et courtes heures d'étude, tel doit être le programme à combiner avec les besoins de l'instruction. Il serait convenable aussi sur ce point de briser avec la routine de l'uniformité : pourquoi astreindre à rester sur les bancs un élève qui a sérieusement fini sa tâche ? Et puis, pour l'amour de Dieu, qu'au moins en récréation, on laisse les enfants libres de leurs mouvements, s'ébattre à leur aise, courir, crier, s'échauffer, sauf à veiller aux refroidissements subits. On s'est plaint que les enfants ne jouaient plus dans les colléges, qu'ils passaient le temps de la récréation à discourir en péripatéticiens. Comment veut-on qu'il en soit autrement si à chaque instant le surveillant vient arrêter leur élan, modérer leur ardeur, éteindre leurs cris ? Avec ce système, pas de jeux possibles ; au lieu d'une bande joyeuse, turbulente, on a un rassemblement de personnages graves où les moines ne verraient pas leurs méditations troublées.

Sans compter que pour beaucoup, la récréation n'est qu'une fiction. Elle est parfois absorbée par les arts d'agrément ou le parloir, ou par la retenue. Il faut en faire une réalité ; assigner d'autres heures à la musique ; l'escrime et la danse pouvant usurper avec moins d'inconvénients. Mais ce qu'il faut bannir sans réserve, ce sont ces arrêts stupides condamnant un pauvre enfant à rester immobile au pied d'un arbre ou au coin d'un mur, et cette retenue absurde qui le retient à copier plus ou moins grand nombre de lignes ; les *travaux forcés* ne valent rien pour l'intelligence ; qu'on les remplace, puisqu'enfin les punitions sont inévitables, par ceux du corps. Mieux vaut scier et fendre dix bûches que copier deux cents vers, fussent-ils de Virgile !

Ceci nous amène aux exercices nécessaires à la santé du

(1) Le grand avantage du lycée de Vanves, dont M. Jules Simon a fait un éloge très-grand et très mérité, c'est, outre sa situation et son étendue, de ne renfermer que des enfants à peu près du même âge, auxquels cette uniformité est moins funeste parce qu'il offrent entre eux moins de diversité.

corps, dont M. Dally (1) s'est fait le chaleureux défenseur. La manœuvre du chassepot est bonne sans doute, mais elle ne doit pas supprimer le gymnase, c'est-à-dire l'exercice systématique et rationnel de tous les muscles. Il n'est pas besoin d'appareils bien compliqués et, au besoin, des mouvements rhythmiques et coordonnés suffiraient faute de ressources précuniaires pour l'achat d'instruments. Nous préférerions pour notre part, voir consacrer à l'acquisition d'appareils hydrothérapiques l'argent que l'on dépense à l'établissement de certains gymnases beaucoup plus propres à faire exécuter des tours de force qu'à mettre en œuvre une gymnastique hygiénique. E. T.

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse (Suite).

Dans les deux articles précédents sur l'expectoration après la thoracentèse, nous avons vu à quel point en était arrivée la question avant la discussion de la Société médicale des hôpitaux; M. Terrillon avait étudié avec grand soin le phénomène au point de vue clinique; puis, arrivé à la discussion de son mécanisme, il avait eu le mérite de poser d'une façon précise les termes du problème, mais n'avait point osé conclure. Pourtant, sans le dire explicitement, il semblait admettre deux groupes de cas, pouvant s'expliquer, les uns par l'œdème aigu, les autres par le mécanisme de la perforation.

Le 23 mai, M. Féréol reprend la question à la Société médicale des hôpitaux et sans vouloir, comme on a voulu le lui faire dire depuis, tout expliquer par une perforation, il distingua nettement deux ordres de faits: « pour les uns, la théorie mise en avant par MM. Hérard et Moutard-Martin est très-plausible; elle est bonne pour expliquer en partie le phénomène, mais il y a des faits qui paraissent absolument réfractaires à cette théorie. » C'est sur ceux-là que M. Féréol insiste plus spécialement et il cherche à les expliquer par un mécanisme analogue à ce que M. Terrillon a désigné sous le nom de *perforation spontanée*, mais qui en diffère pourtant à quelques égards. — Pour répondre d'abord à l'objection tirée de l'absence de pneumothorax, il commence par rappeler que dans les cas de pleurésie s'ouvrant dans les bronches (cas beaucoup moins rares qu'on ne l'a dit), le pneumothorax est, d'après M. Barthey, exceptionnel chez les enfants. — Chez l'adulte, Heyfelder Cruveilhier, Durozier ont aussi publié des exemples de perforation sans pneumothorax. Enfin, M. Féréol rapporte un cas qu'il a pu observer lui-même:

Un homme de 46 ans, atteint de pleurésie droite rendait par expectoration une quantité assez abondante (150 à 200 gr.) d'un liquide épais brunâtre, sans fétidité, comparable à une crême au chocolat un peu liquide. On hésitait beaucoup sur l'interprétation qu'il convenait de donner à ce fait, lorsque par la thoracentèse on évacua de la plèvre 3,500 gr. d'un liquide absolument semblable. Il y avait donc une fistule pleuro-bronchique, mais on ne put constater aucun signe de pneumothorax ou de pneumohydrothorax. L'expectoration ne se reproduisit plus.

L'absence de pneumothorax se comprend du reste facilement, dit M. Féréol, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'existence d'une valvule, d'une sorte de clapet, ainsi qu'on l'admet généralement. Pour que le pneumothorax se produise, il faut qu'il y ait tendance au vide dans la cavité pleurale Or cette tendance au vide fait défaut chez les enfants, en raison de la flexibilité des côtes; elle n'existe pas davantage chez l'adulte dans les conditions où l'on observe l'expectoration albumineuse. Dans les épanchements abondants, où se fait surtout cette perforation, les côtes et le diaphragme sont à peu près immobiles, le poumon est plus ou moins condensé; le côté de la poitrine ne fonctionne plus; l'air n'aura donc nullement de tendance à entrer. — Les phénomènes sont donc bien différents dans ces cas de *fistules pleuro-bronchiques* et dans ceux de *fistules broncho-pleurales;* dans ces derniers cas, la fistule s'établit du poumon à la plèvre saine; l'action des muscles est normale, sinon exagérée; l'appel de l'air est incessant, le pneumothorax est en quelque sorte fatal.

Mais en supposant admise cette théorie de la fistule pleuro-bronchique sans pneumothorax, pour le cas où cette complication se produit spontanément et sans intervention de la thoracentèse, est-il permis d'établir un rapprochement entre ces cas et ceux où une expectoration albumineuse abondante s'observe à la suite de cette opération?

M. Féréol considère ce rapprochement comme parfaitement autorisé et voici l'explication qu'il propose...

« Je serais, pour ma part, disposé à admettre qu'il se fait là une sorte de nécrose superficielle d'abord dans les épithéliums, puis dans le tissu connectif lui-même: eu sorte que le parenchyme pulmonaire, privé de ses sucs nutritifs par la compression, infiltré d'œdème passif, finit par former une sorte de feutrage, d'éponge inerte qui devient, dans certains points, mécaniquement perméable; il se peut qu'une altération analogue se produise dans l'épaisseur de la plèvre même, et que ces tissus altérés constituent ainsi une sorte de filtre au travers duquel les liquides peuvent passer. Il y aurait alors, dans la réalité, une sorte de combinaison des deux interprétations dont l'une consiste à admettre la perforation, et l'autre l'absorption par la plèvre du liquide pleural. Ce mécanisme ou quelque autre analogue nous donnerait l'explication de ce fait que le liquide de l'expectoration n'est pas toujours absolument identique au liquide pleural, et de cet autre fait que l'expectoration albumineuse se fait toujours attendre quelque temps après la thoracentèse. »

Si l'on demande pourquoi la perforation se produit précisément au moment de la thoracentèse, c'est, dit M. Féréol, qu'elle était imminente, préparée par l'état d'altération du tissus et qu'elle s'achève par l'effet des quintes de toux succédant à ce qu'on a appelé le déplissement du poumon.

(A suivre.) A. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. LE SECRÉTAIRE, donne lecture d'une lettre annonçant la mort de M. Coste, membre associé libre de l'Académie.

M. BROCHIN, cité par M. Jules Guérin au sujet des diarrhées prémonitoires du choléra, écrit qu'en effet il a observé et publié a propos de l'épidémie de 1849 que l'apparition du choléra était précédée de plusieurs maladies et notamment de diarrhées.

Le rédacteur scientifique du *Moniteur universel*, écrit pour demander à l'académie de délibérer et de faire connaître au public les mesures à prendre contre le choléra.

M. LE PRÉSIDENT, répond que cette question ne regarde nullement l'Académie mais bien le conseil d'hygiène, qui a pris du reste toutes les précautions et a, à sa disposition, les crédits nécessaires au cas où le mal s'aggraverait.

M. DELPECH, du 16 au 22 septembre inclusivement il y a eu 103 décès cholériques, un tiers de moins que dans la période de six jours qui a précédé. Les derniers jours ont été les moins chargés. Le 16 il a eu 18 décès; le 17 aussi 18; le 18, 27; le 19 14, le 20, 9; le 21, 11; le 22, 6, sur 69 malades soignés dans les hôpitaux, 41 venaient du dehors, , 28 étaient déjà en traitement pour différentes affections. Il n'y a eu qu'un seul décès dans les hôpitaux militaires. L'épidémie, a-t-on dit, frappe surtout les femmes, la statistique montre au contraire, qu'elle sévit à peu près également dans les deux sexes. Enfin les

(1) Sur la nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux hydrothérapiques. G. Masson, éditeur, 1871.

communes suburbaines semblent peu atteintes, jusqu'à présent on y a constaté que deux décès.

M. Hervieux, présente une sonde à double courant modifié par M. le Dr Blain, ancien interne à la maternité. Le perfectionnement a pour but d'éviter la trop grande distension de l'utérus.

M. le Président. annonce la mort de M. Nélaton, membre de l'Académie, section de pathologie chirurgicale, dont les obsèques ont lieu en ce moment. Il demande à l' Assemblée si à cause de cela il ne serait pas convenable de lever la séance La proposition est adoptée. — Mardi prochain M. Fauvel prendra la parole à propos des diarrhées prémonitaires du choléra et répondra à M. J. Guérin. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 juin. — Présidence de M. Charcot.

La Société anatomique reprendra le cours de ses séances, vendredi prochain, 3 octobre.

Syphilis et rachitis des nouveau-nés, par M. Parrot, médecin des hôpitaux.

M. Parrot présente deux séries de pièces relatives les unes à la syphilis des nouveau-nés, les autres au rachitis.

Le rachitis est une maladie dont les caractères essentiels sont bien connus. Trois choses le constituent dans sa période de croissance. Ce sont : 1° la décalcification ; 2° la formation de tissu spongoïde ; 3° la médullisation. La décalcification porte sur tous les os, qui se laissent facilement couper. La formation de tissu spongieux se présente sous l'aspect de bourgeons charnus. La médullisation s'opère au niveau du tissu spongieux. Dans le cas actuel, elle a presque atteint la couche cartilagineuse. Si l'on examine le crâne, en particulier, on trouve d'autant moins de tissu spongieux en dedans qu'il en existe plus en dehors. Ce fait va me servir de point de départ pour faire ressortir les caractères des os syphilitiques chez les enfants nouveau-nés et chez ceux qui, âgés de moins d'un an, ont une syphi is héréditaire.

Chez les enfants du premier âge, atteints de syphilis héréditaire, il y a des lésions spécifiques, ayant leurs marques propres et qui varient.

1re *période.* — Elle est très-caractérisée chez les enfants qui ont d'un jour à six semaines. On note : *A*) une exubérance de la calcification aux extrémités des os longs et l'on observe une zone chondro-calcaire et des ostéophytes péridiaphysaires qui ont un ou deux millimètres d'épaisseur ; *B*) une dégénération gélatiniforme des tissus préformés, intéressant à la fois le cartilage et le tissu spongieux. Les os sont plus denses, plus difficiles à couper qu'à l'état normal. Le décollement des épiphyses qu'on constate n'a rien de commun avec le rachitis.

2e *période.* — (De six semaines à plusieurs mois). *A*) Les os conservent les caractères que je viens d'indiquer : ostéophytes, dégénération gélatiniforme. — *B*) On observe une médullisation et une décalcification qui porte et sur l'os primitif et sur les ostéophytes. Les modifications produites par la décalcification et par la médullisation sont encore très-peu marquées. De là une ressemblance avec le rachitis où, toutefois, ces lésions sont alors plus accusées. La spécificité s'atténue, l'intoxication diminue, la cachexie commune s'introduit. Sous le rapport du diagnostic, on peut résumer ainsi les caractères différentiels :

Rachitis.	*Syphilis.*
Tissu spongoïde.	Pas de tissu spongoïde.
Couches spongoïdes périphériques.	Couches ostéophytiques osseuses.
Augmentation de diamètre beaucoup moins considérable par tissu spongoïde.	Augmentation de diamètre par ces mêmes couches (extrémité inférieure de l'humérus, région moyenne de la diaphyse du tibia).
Médullisation et décalcification considérables.	Médullisation et décalcification à peine marquées.
Jamais de dégénération gélatiniforme.	Dégénération gélatiniforme pouvant amener le décollement des épiphyses.

3e *période.* — Il est alors difficile d'établir une distinction. Pour savoir à quoi s'en tenir, il faut connaître les deux premières périodes. Les lésions qui rappellent la première tendent à disparaître; celles qui rapprochent la syphilis du rachitis s'exagèrent. On note l'existence du tissu spongoïde surtout à la périphérie et moins aux extrémités. Voici d'ailleurs le tableau des différences.

Rachitis.	*Syphilis.*
Pas de couches ostéophytiques.	Couches ostéophytiques ; lacs médullaires entre elles.
Augmentation de diamètre par tissu spongoïde seulement.	Augmentation de diamètre par les couches ostéophytiques et par le tissu spongoïde.
Os plus flexibles.	

Comme on le voit, ce sont les marques primitives, caractéristiques, qui persistent : le diagnostic repose sur elles. Elles manquent sur certains os où les couches ostéophytiques ne se sont pas formées. D'un autre côté, ces couches peuvent être complétement détruites par la médullisation. En pareil cas, certains os auraient pris, en un point d'élection (extrémité inférieure de l'humérus), une largeur considérable. Nous n'avons jamais rencontré ces cas difficiles; mais on peut admettre théoriquement qu'il en existe. Alors, le rachitis a absorbé la syphilis. L'intoxication s'affaiblissant de plus en plus, ses dernières traces sont emportées ou masquées par la cachexie rachitique. Il y a là une sorte de *transformisme* morbide, d'*hybridité pathologique* : la syphilis a appelé, en quelque sorte, le rachitis qui, d'abord, s'est combiné avec elle, et l'a ensuite absorbée peu à peu à son profit.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Charcot.

Epithélioma de l'œsophage, de la trachée et du corps thyroïde, par M. G. Marcano, interne des hôpitaux.

Chopard (J.-Baptiste), âgé de 56 ans, entre à la maison de Santé (service de M. Demarquay), le 31 mai, pour une gêne de la déglutition et de la respiration. D'après lui, ces phénomènes seraient survenus dans ces derniers jours et presque subitement ; sa santé avait été très-bonne d'ailleurs.

Au moment de son arrivée la dyspnée est très-intense, et la respiration est accompagnée de sifflement ; la déglutition n'est pas assez gênée pour l'empêcher de manger, la voix est presque éteinte et il ne peut l'articuler que très difficilement ; l'examen laryngoscopique ne fait rien découvrir d'anormal. On sent sur les côtés du cou, une tumeur beaucoup plus saillante à droite, dure, peu mobile, et se continuant avec celle de gauche, en passant au-devant de la trachée, au niveau de son premier anneau cartilagineux.

L'état général est mauvais ; coloration cachectique, amaigrissement. pas de fièvre.

Les jours suivants, la suffocation devient de plus en plus considérable, et le 5 juin on est obligé de pratiquer l'opération de la trachéotomie.

5 *juin.* — Son exécution est très-laborieuse, car après l'incision de la peau, on tombe sur la tumeur située en avant de la trachée et qui était formée aux dépens de l'isthme du corps thyroïde ; sa dissection quoique difficile put être faite sans accidents ; les anneaux de la trachée se présentent ensuite, très-durs, et presque ossifiés, ce qui exige une certaine force pour les inciser. Passage facile de la canule. La respiration devient plus facile tout de suite après l'opération.

Les jours suivants le malade s'affaiblit de plus en plus, et la mort eut lieu le 8.

Autopsie. — Les lèvres de la plaie avaient commencé à suppurer ; entre elles se trouvait un magma de matières noires, correspondant sur les côtés avec la tumeur. Les lobes du corps thyroïde présentent un volume énorme ; le droit est plus développé et s'étend en arrière jusqu'à l'œsophage ; son extrémité postérieure est ramollie, et fait partie d'un foyer à odeur très-fétide, rempli d'une bouillie pultacée qui devient plus considérable à mesure qu'on approche de la colonne vertébrale. Là, on trouve de fortes adhérences qui fixent l'œsophage, et après les avoir rompues, on se trouve devant une cavité qui résulte de la destruction de toute la paroi postérieure de l'œsophage, dont l'intérieur restait cependant sans communication, grâce à ces adhérences qui l'entouraient de toutes parts. La paroi antérieure de l'œsophage est aussi dé-

truite, et par là il communique avec la trachée ; cependant, les matières alimentaires n'ont pas pénétré dans les voies aériennes pendant la vie. Les *ganglions bronchiques* sont volumineux et dégénérés. Les poumons et tous les autres viscères sont sains.

A l'œil nu, la tumeur du corps thyroïde montre des alvéoles à parois résistantes, remplies de matière gélatiniforme.

Au microscope on constate *à l'état frais* : 1° Le stroma du corps thyroïde rempli de petites cellules ; 2° de grandes cellules plates ; 3° des amas irréguliers de cellules aplaties, irrégulières adhérentes, à gros noyaux (cellules épithéliales).

A la coupe. Epaississements des trames fibreuses inter-alvéolaires. Les alvéoles sains. Dans ces trames épaissies on voit des îlots d'éléments cellulaires, irréguliers (éléments épithéliaux) qui parfois affectent la forme de tubes.

Le siége des éléments dans les positions fibreuses de la glande, peut faire croire à un cancer, mais leur nature et la présence de tubes indiqués, rendent plus probable le diagnostic : épithélioma tubulé, développé, dans les voies lymphatiques du corps thyroïde.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE (1)

IX. Contribution à l'étude des hématomes du placenta, par E. Jacquet. (Archives de physiologie, n° 4, juillet 1873.)

Les hématomes du placenta sont une des lésions les plus fréquentes de cet organe. M. Jacquet les divise en trois espèces : 1° *Les hématomes sus-villeux* sont situés dans l'épaisseur de la couche muqueuse inter-utéro-placentaire : ils ont une forme ovale ou arrondie et sont comme enkystés ; quelquefois on ne trouve qu'une dépression en forme de fossette, vestige du caillot qui y était logé, cette forme est rare. 2° *Les hématomes intervilleux ou périvilleux* sont les plus intéressants au point de vue clinique. Ils constituent, au début, l'apoplexie placentaire des anciens auteurs. On trouve dans ces cas, (le sang infiltré ayant perdu sa partie fluide), des amas irréguliers de corpuscules au milieu desquels apparaissent des îlots formés par les villosités. Les vaisseaux de ces villosités sont oblitérés ; elles sont elles-mêmes tassées les unes contre les autres ; il en résulte une diminution du volume des cotylédons ; le tissu placentaire est dur, criant sous le scalpel (sclérose des anciens auteurs) il n'a subi cependant que de très-minimes modifications, et ses éléments comme momifiés se retrouvent dans leurs rapports habituels. Le sang épanché est donc très-facilement résorbé par le tissu placentaire qui possède une grande puissance d'imbibition. 3° *Les hématomes sous-villeux* sont beaucoup plus fréquents que les précédents : leur existence ne coïncide avec aucun accident fâcheux du côté du fœtus. Ordinairement multiples, ils forment ces plaques régulières d'un blanc-jaunâtre qui apparaissent par transparence à la surface fœtale du placenta, à travers le chorion et l'amnios. Lorsqu'on les examine par la face externe du placenta on parvient souvent en écartant les villosités qui les entourent à les détacher sous forme de lames élastiques, pouvant elles-mêmes se séparer en lamelles ou couches stratifiées.

L'auteur incline à croire que les hématomes *sus-villeux* ont pour cause la dégénérescence du tissu maternel du placenta ; que les hématomes *périvilleux* sont le produit de la déchirure des tissus placentaires et que les hématomes *sous-villeux* pourraient être dûs aux pressions plus ou moins prolongées que subit le placenta de la part du fœtus. Il pense enfin que les transformations du sang épanché dans le placenta peuvent y amener comme dans les vaisseaux eux-mêmes une dégénérescence ultime qui a fait prendre des hématomes pour des collections purulentes et donner des arguments à la théorie de la placentite.

X. Etude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée ou artificielle, par le docteur A. Gartipuy.

Après avoir montré comment est constituée et comment se forme la poche des eaux, l'auteur prouve par le relevé de 2,000 accouchements faits à l'hôpital des Cliniques que sa rupture spontanée survient assez souvent, dans un dixième ou un septième des cas (308 fois sur 2,000). Cette rupture spontanée est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares et c'est surtout au moment des premières contractions douloureuses qu'elle se produit. L'écoulement prématuré du liquide amniotique ne ralentit pas, mais accélère, au contraire, la marche du travail : il n'exerce aucune influence fâcheuse ni sur la mère, ni même sur l'enfant : son promostic n'est donc nullement défavorable lorsque la grossesse est parvenue à son terme.

Dans certaines circonstances l'accoucheur pourra pratiquer la rupture prématurée et artificielle de la poche des eaux. lorsque, par exemple, les contractions de l'utérus seront insuffisantes, les parois de ces organes étant trop considérablement dilatées, comme dans les cas d'hydro-amnios et de grossesse gémellaire. Dans les cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, M. Depaul, suivant en cela la pratique de P. Dubois, est d'avis de rompre les membranes lorsque la dilatation de l'orifice permet l'introduction d'un doigt, que les contractions se soient ou non déclarées. En suivant cette règle, M. Depaul a vu souvent l'hémorrhagie devenir si minime qu'il a pu confier à la nature le soin de terminer l'accouchement.

Dans l'éclampsie, lorsque le travail est déclaré, que les douleurs sont fortes et régulières, que la dilatation de l'orifice a commencé et a atteint 4 ou 5 centimètres de diamètre et que la partie qui se présente est fortement engagée, il y aura un réel avantage à rompre les membranes : on verra alors l'accouchement se terminer rapidement.

Enfin, la rupture des membranes constitue un moyen très-efficace de provoquer l'accouchement prématuré, l'éponge préparée et surtout le dilatateur intra-utérin de M. Tarnier qui sont des procédés sûrs et inoffensifs, devront cependant lui être préférés.

XI. Clinique d'accouchement, par M. le docteur Guéniot (1).

M. Guéniot vient de réunir en un fascicule les leçons qu'il a faites l'an dernier à l'hôpital des Cliniques, leçons qui ont été recueillies par M. le docteur Chantreuil et dont nous avons déjà donné l'analyse. Les principaux sujets traités par l'auteur sont : l'insertion vicieuse du placenta, les hémorrhagies qui en dépendent et le traitement de ces hémorrhagies, l'accouchement prématuré dit spontané, la faiblesse congénitale et son traitement.

P. Budin.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments de chirurgie clinique, par S. C. Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, un vol. in-8 de 680 pages. J.-B. Baillière et Fils. Paris, 1873.

« L'étude de la Pathologie doit être à la fois théorique et pratique : l'élève ne saurait sans grand inconvénient chercher exclusivement à s'instruire par ses lectures ou par la fréquentation la plus assidue de l'hôpital. *On ne saurait être un bon clinicien si l'on n'est un pathologiste instruit.* » Dans ces quelques lignes, M. Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, nous indique lui-même les pensées qui ont présidé à la construction de l'œuvre excellente qu'il livre aujourd'hui au public médical. L'enseignement du maître est évidemment doctrinal : il expose avec une grande simplicité ce qu'il croit le meilleur ; mais toujours un aperçu historique rapide précède, esquisse à grands traits le passé et précise la question à l'étude. Le lecteur, dès lors, a de grandes voies toutes ouvertes devant lui, et, cependant, la parole éclairée du maître ne lui permet guère ni le doute, ni l'hésitation.

Les nouvelles méthodes d'investigation et de traitement que la chirurgie a su emprunter aux découvertes scientifiques contemporaines sont exposées dans ce traité d'une façon élémentaire, mais assez précise et assez étendue pour que le clinicien n'ait pas besoin de nouvelles recherches. C'est là, on le sait, une cause de grandes difficultés. Quand

(1) Voir les n°s 2 et 12 du *Progrès médical*.

(1) Broch. in-8°. Paris, A. Delahaye.

pour la moindre étude clinique, on est obligé de recourir à une foule de mémoires originaux, difficiles à se procurer, souvent plus difficiles encore à comprendre parce que on a oublié des formules cliniques ou des lois physiques, on perd un temps précieux, et, souvent, une observation importante, sera nulle pour la science et pour les progrès de la clinique.

Quoique le titre de *chirurgie clinique* soit modeste, il ne sera pas difficile à un observateur consciencieux de reconnaître que l'ouvrage renferme une série d'études originales. M. Guyon n'a pas seulement utilisé, résumé et classé les travaux de ses devanciers, il a travaillé lui-même et il expose avec une noble simplicité, et dans un style très-agréable, les fruits de ses recherches et de son expérience. Nous nous proposons de le démontrer dans l'analyse qui va suivre :

Un aperçu historique, dû au talent de M. Henocque, sert d'introduction à l'ouvrage. Excellente idée ! Rien n'instruit, rien ne développe et ne généralise les idées comme l'histoire. L'élève y verra combien d'efforts souteuus, de luttes vigoureuses, la science a exigés pour s'établir et régner sans conteste. Il parcourra avec plaisir le récit des grandes époques chirurgicales; le style est attrayant, la marche rapide, et l'exposition assez méthodique pour que la mémoire puisse la conserver.

Les éléments de chirurgie clinique sont divisés en trois parties.

La *première partie* comprend : le diagnostic chirurgical, les méthodes à suivre pour l'examen des malades, et les moyens d'exploration qui sont les auxiliaires du diagnostic.

La *deuxième partie* renferme : l'anesthésie chirurgicale, les règles et les principes généraux des opérations, les méthodes opératoires et la petite chirurgie.

Dans la *troisième partie*, l'auteur décrit les soins à donner aux blessés et aux opérés. Il y passe en revue : l'hygiène hospitalière, le régime des opérés, leur traitement médical, etc... Il y fait l'étude complète et synthétique des nombreuses méthodes de pansement mises en œuvre par la chirurgie moderne et termine par l'exposé des bandages et appareils.

I. — *Diagnostic chirurgical. — Méthode à suivre pour l'examen du malade. — Moyens d'exploration.*

« Le diagnostic d'une affection chirurgicale doit être avant tout *anatomique.* » Cela est l'avis de tous : il faut faire de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique la base du diagnostic. Galien en instituant la dissection sur le cadavre rendit le premier le diagnostic anatomique possible. Mais il faut descendre jusqu'au commencement de ce siècle pour rencontrer un homme qui érige en science l'étude des organes malades ; ce fut Cuveilhier.

Pendant assez longtemps la chirurgie n'eut que cette base. A part quelques exceptions telles que la syphilis et la scrophule on n'essaya pas de généraliser. Puis vint l'époque des diathèses ; on en vit partout : diathèse cancéreuse, diathèse sarcomateuse, etc., etc.

Malheureusement, ce mot diathèse est vide de sens en lui-même. Il faut qu'il réponde à un ensemble symptômatique bien déterminé et constant. C'était l'excès. Aujourd'hui on essaye de créer cet ensemble moins d'après quelques symptômes communs et extérieurs, que d'après les causes et les phénomènes intimes qui président à sa formation. C'est un but plus difficile, mais plus élevé et plus sûr. C'est de cette tendance qu'est né le *diagnostic étiologique.* Un bon clinicien ne doit être satisfait que quand il a pu préciser la cause de la maladie.

Tels sont les principes généraux que M. Guyon pose comme condition d'un diagnostic bien fait. « En médecine, les symptômes sont bien comme l'a dit Broussais, le cri des organes souffrants. Il s'agit pour l'observateur de remonter du trouble fonctionnel à la lésion locale. Le chirurgien a presque toujours l'avantage de voir et de toucher le mal. Nous pouvons donc à l'avance faire pressentir que le meilleur chirurgien sera celui qui, à une grande sûreté de coup d'œil, joint un toucher délicat et exercé, et que les deux grands moyens d'exploration de la chirurgie pratique sont la *vue* et le *toucher.* »

La première condition pour poser un diagnostic, c'est d'interroger son malade, savoir l'époque à laquelle remonte la maladie; son mode d'invasion et de production, sa marche, les symptômes et le traitement antérieurs. M. Guyon nous apprend les procédés les plus simples pour atteindre ce but sans rien omettre et saus perte de temps.

Le passé du malade étant bien connu, il faut passer à l'étude de l'état actuel de l'affection pour laquelle il vient réclamer les soins du chirurgien. M. Guyon accepte une excellente division. Quoique déjà ancienne, elle est toujours précieuse en clinique : signes objectifs ou anatomiques; signes fonctionnels.

Les signes anatomiques ou subjectifs sont donnés par tous les sens : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat même. Aussi, l'auteur fait-il un excellent et substantiel chapitre de pathologie générale, quand il nous dépeint les changements survenus dans la forme d'une région, d'un membre, d'un organe ; dans le volume, la consistance, dans la motilité, la transparence, la température des parties, et enfin dans l'attitude et la physionomie des malades. L'attention de l'élève est suscitée, et au moment de la réflexion, en présence du malade, cette lecture sera la source d'idées fécondes.

Il était impossible à M. Guyon de passer en revue tous les signes fonctionnels ; un volume n'aurait pas suffi. Il se contente de l'étude de quelques symptômes en particulier : l'écoulement de sang, la fluctuation, la crépitation, l'œdème, les phlyctènes, l'ecchymose, la douleur et les bruits anormaux.

Nous regrettous que dans tout cet important chapitre l'auteur n'ait pas jugé à propos d'entrer un peu plus avant dans les détails. Il aurait peut-être envahi le domaine de la pathologie spéciale, mais l'élève aime à voir une utilité immédiate dans les symptômes qu'on lui signale. Nous aurions désiré, par exemple, un diagnostic complet entre l'écoulement sanguin artériel et l'écoulement veineux ; une étude des symptômes de l'hémorrhagie interne. Quels sont les symptômes produits par une artère intercostale qui verse son sang dans la plèvre ?

Les conditions de la fluctuation sont assez nettement exposées ; mais nous pensons que le diagnostic avec la rénitence, l'ondulation et les fausses fluctuations, etc., quoique indiqué, n'est pas assez précis, assez méthodique. Pour distinguer la fluctuation vraie de la fluctuation fausse (fongosités), l'auteur recommande un moyen que nous croyons utile de rappeler. En pressant avec un ou plusieurs doigts sur un seul point de la masse fluctuante, le sentiment de résistance élastique est aussi prononcé que lorsqu'en explorant deux points différents, on cherche à refouler le prétendu liquide d'un doigt vers l'autre. (*A. Bérard.*)

Dans l'orchite, il est souvent difficile de savoir si la fluctuation est due au testicule qui est un organe à fausse fluctuation ou à un liquide interposé dans la tunique vaginale ; ne cherchez pas la fluctuation à la manière ordinaire, refoulez brusquement le liquide avec un doigt, il fuit, et vous tombez sur organe plus résistant, le testicule.

Le même moyen peut être utilisé pour le diagnostie de l'ascite dans un abdomen déjà occupé par un kyste de l'ovaire. On le voit, ce chapitre renferme des conseils précieux : ce sont bien là les fruits d'une expérience clinique, patiente et instruite.

Les principaux symptômes qui servent au diagnostic chirurgical nous sont connus; quels sont les procédés et les moyens d'exploration ?

1° L'inspection peut être naturelle ou aidée d'instruments spéciaux. C'est à ce propos que l'auteur décrit l'emploi des spéculums, de la loupe, de l'ophtalmoscope, de l'endoscope et du laryngoscope. Les procédés d'examen sont exposés d'une façon assez complète pour que l'étudiant n'ait pas besoin de rechercher dans des ouvrages spéciaux : on a résumé sous une forme facile tout ce qu'il y pourrait trouver; avec ces indications il pourra se servir de l'ophtalmoscope par exemple; dès son entrée à l'hôpital il pourra commencer l'étude des cas si nombreux et variés des maladies du fond de l'œil.

2° La palpation simple ou directe. — Le toucher buccal, pharyngien, vaginal, abdominal, rectal. Les méthodes à suivre dans le toucher vaginal et dans le toucher rectal sont di-

gnes d'attention. Il y a réellement quelque chose d'original et de très-pratique dans cette exposition.

3° La palpation à l'aide des instruments : On peut à l'aide de sondes diverses explorer les différents canaux tels, que : l'œsophage, le canal lacrymal, le canal nasal, la trompe d'Eustache, le canal de l'urèthre, etc., et les cavités naturelles telles que : la vessie, l'utérus, les cavités pharyngienne et laryngienne, et aussi les canaux et les cavités accidentelles. Il est vraiment remarquable de voir avec quelle lucidité, quelle méthode, quelle originalité M. Guyon expose les règles du cathétérisme de l'urèthre et l'exploration de la vessie. On sent que le maître est réellement sur son terrain.

Comment déterminer le siége d'un rétrécissement de l'urèthre ? Choisissez une bougie à boule olivaire dont le corps soit parfaitement régulier et ne présente pas d'arête vers sa base : car il ne faut pas oublier que lorsque l'olive aura franchi un point retréci, il faudra revenir en arrière. La boule de l'explorateur doit avoir 7 millim. de diamètre. Il résulte de cette dimension que lorsque la boule sera parvenue à la fin de la portion spongieuse, elle ne pourra passer sans que le chirurgien ne perçoive une légère résistance et que le malade n'accuse une certaine sensation douloureuse. C'est donc un point du canal de l'urèthre qu'il sera toujours facile de déterminer exactement. Pour trouver le *col vésical*, on a creusé l'olive d'un très-petit canal qui se poursuit dans l'intérieur de la tige flexible, de sorte, qu'au moment où la boule pénètre dans la vessie, l'urine jaillit par le bout supérieur. Retirez légèrement votre olive jusqu'à ce que l'urine ne coule plus, vous aurez ainsi déterminé le col vésical. Le chirurgien connaît ainsi les deux extrémités de la partie profonde de l'urèthre. Il suffit de se rappeler que la portion membraneuse mesure de 14 à 18 millim., la portion prostatique de 13 à 22 millim. Pour avoir la notion à peu près exacte des points intermédiaires, on fait un trait sur la tige au moment où l'olive a franchi le ligament de Carcassonne, on en fait un second au moment où elle atteint le retrécissement et on mesure la distance comprise entre les deux traits. M. Guyon pense avec raison qu'il ne faut pas mesurer la distance sur la tige à partir du bout de la verge : celle-ci n'a pas une étendue constante au moins dans sa portion spongieuse ; outre ces variations individuelles, elle se laisse facilement distendre. Pour apprécier exactement le siége du retrécissement dans la portion spongieuse il faut sentir la boule à travers les parois du canal.

Il faut lire maintenant la description si nette et si claire du cathétérisme évacuateur et du cathétérisme explorateur. L'auteur distingue en effet ces deux sortes de cathétérisme. Il exige une douceur extrême. « En particulier, dit M. Guyon, nous nous garderons toujours de commencer le mouvement d'abaissement avant d'avoir nettement senti que la sonde *demande à avancer*. Nous devons donc considérer comme l'exacte expression de la véritable expérience les conseils judicieux de Ledran, de Chopart, de Boyer, qui tous réclament ce parfait consensus des deux mains pour la conduite de l'algalie ; et, nous pourriens ajouter qu'à ce consensus des deux mains. il convient de joindre celui du canal.

Dans le 3e temps qui consiste dans l'exploration de la vessie, M. Guyon indique avec clarté comment on peut explorer la face antérieure, la face postérieure, le bas-fond et le col de la vessie.

4° Moyens destinés à contrôler et à aider les investigations de la vue et du toucher — M. Guyon examine dans ce chapitre : les ponctions exploratrices, l'acupuncture l'incision sous-cutanée des tumeurs à l'aide du trocart explorateur de M. Duchenne, la mensuration, la thermométrie et le sphygmographe. etc., etc. Nous regrettons que l'auteur ait consacré un chapitre si court à l'étude du thermomètre et de ses applications cliniques. Ce serait une erreur profonde de croire que le thermomètre ne peut rendre des services aussi importants au chirurgien qu'au médecin. M. Guyon, qui, plus loin, exige que le chirurgien soit un excellent médecin est certainement de notre avis : Nous regrettons seulement qu'il n'ait pas insisté davantage sur cette utilité. Qu'un blessé ait un membre fracturé enveloppé sous la ouate ; une esquille qui doit sortir, une fusée purulente, un phlegmon, un érésypèle, une complication du côté des viscères, sont annoncées d'une façon très-précise par le thermomètre, bien souvent avant que le pouls ait donné aucune indication certaine. On peut parfois porter un diagnostic plus précis et plus rapide avec le thermomètre entre l'infection purulente, et un ictère concomittant...

5° Dans les derniers chapitres l'auteur résume avec beaucoup d'exactitude les nouveaux moyens d'analyse clinique qui ont été si perfectionnés dans ces derniers temps, l'analyse microscopique et l'analyse chimique. Ils contiennent des conseils excellents pour les élèves qui osent commencer l'étude du microscope. Tous doivent tendre à ce but ; car il y a, même en chirurgie, des diagnostics cliniques qui ne sont possibles que par l'examen histologique. Nous citerons toutes les maladies des reins et celle de la vessie ; il faut reconnaître le sang, le pus, les cylindres hyalins ou albumineux, etc., sans cela tout diagnostic, et par conséquent tout traitement sont impossibles. Mais il faut beaucoup plus de méthode qu'on ne pense dans ces examens ; on peut arriver ainsi à suivre l'affection dans toutes ses phases et à préciser le moment opportun pour l'intervention.

L'examen d'une tumeur pratiqué tel que le conseille l'auteur doit donner d'excellents résultats au point de vue clinique. En effet, une étude complète d'une tumeur exige : la dissection fine, l'examen à l'état frais par la dissociation et si c'est possible par des coupes fines et enfin, plus tard, l'examen sur des coupes très-délicates faites dans tous les points importants sur des pièces durcies. Comment autrement aprécier les différentes phases cliniques d'une tumeur ? « Une description ainsi faite frappera toujours par sa vérité, et l'observateur de son côté profitera plus à un examen de ce genre qu'à la vue plus rapide d'un plus grand nombre de pièces. »

L'analyse chimique des urines devient chaque jour plus importante en clinique. Nous ne saurions trop louer les auteurs d'avoir donné à ce chapitre un peu de développement. On y trouvera exposé avec soin : 1° les recherches des principes constituants de l'urine normale : urée, acide urique et urates, phosphates, chlorure de sodium, oxalate de chaux 2° la recherche des substances qui peuvent exister dans l'urine à l'état pathologique : les différents procédés qui décèlent la présence de l'albumine, du sucre, de la bile, des matières grasses, du sang, du pus. 3° La recherche de quelques substances accidentellement introduites dans l'organisme : L'iode, le sulfate de quinine, le chlorate de potasse... Nous le répétons ; tout cela est simple, facile à comprendre, et suffisant pour faire une excellente observation clinique.

La première partie de l'ouvrage se termine par une vue d'ensemble sur la méthode à suivre pour établir le diagnostic et sur les principales causes des difficultés, des incertitudes et des erreurs du diagnostic. L'auteur développe sa méthode au moyen d'exemples bien choisis : *une blessure à l'épaule, une luxation, une tumeur*. Ce sont là les cas les plus fréquents en chirurgie, et il faut reconnaître que le diagnostic y est admirablement discuté .

Nous nous proposons dans un prochain article d'étudier avec le même soin le reste de l'ouvrage, qui n'est pas moins remarquable. H. Duret. (*A suivre.*)

VARIA

Monstre féminin.

Le professeur Saugalli vient de présenter à l'Institut Lombard un exemple de monstre pygodidyme. Il s'agit de deux sœurs nées dans la Caroline du Nord, et âgées de 21 ans. — L'accouchement de la mère ne présenta point de difficultés. Elle a eu d'autres enfants bien conformés. La réunion du corps de ces deux jeunes filles a lieu un peu au-dessus des vertèbres lombaires, et un peu latéralement, d'où il résulte qu'elles peuvent se tourner l'une vers l'autre pour se regarder.

Les excréments passent par le même anus, et les urines par la même vulve ; la menstruation est très régulière et unique.

La fusion des deux sacrums est complète mais le siége est tellement large qu'elle peuvent s'asseoir chacune sur une chaise ordinaire. Il y a quatre extrémités inférieures douées de beaucoup d'agilité.

Les cœurs ne battent pas à l'unisson; leurs voix ont deux timbres différents. — Leur intelligence, la douceur de leur caractère, et l'harmonie qui règne dans leurs idées, les rendent heureuses, et aucune altercation n'est venue troubler jusqu'à présent leur existence commune. (*Rivista di med. chir.*, etc. — Juin 1873 et l'*Imparziale*, 16 juillet 1873.)

Expulsion spontanée d'un calcul vésical.

Le journal espagnol « *Anfiteatro anatomico espanol*, » du 31 juillet, rapporte une lettre de M. Benjumea, contenant l'histoire d'une malade, atteinte de calcul vésical depuis dix ans; pendant les efforts de la défécation le calcul fut expulsé subitement; il pèse 65 grammes, et présente 7 centimètres de longueur, et 4 de diamètre transversal.

Splénotomie.

La malade de M. Urbinati (de Cesena), dont nous avons parlé, à qui ce médecin enleva une rate hypertrophiée (1) est morte trois jours après l'opération, à la suite d'une antéro péritonite (*Rivista di medicina chir. eterapia.* Milan, n° du 15 — 31 juillet 1873.)

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — *Phénol sodique Bobœuf.* — Le Tribunal civil de la Seine, dans son audience du 28 août dernier (3e chambre) vient de rendre, au cours d'une instance intentée par M. Bobœuf, en contrefaçon de produits brevetés de marques de fabrique et eu concurrence déloyale contre M. X... pharmacien de Paris, un jugement dont le dispositif est ainsi conçu : « Le Tribunal .. Commet Boudet, Schutzemberger et Marçais à l'effet de donner leur avis sur toutes les contestations relevées au jugement, dire notamment si le brevet de 1867 contient les spécifications et descriptions exigées par la loi de 1844, s'il existe des antériorités et spécialement si le Phéuol sodique du brevet est le même que le Pnénol Bobœuf auquel s'applique la marque déposée en 1865; si ces produits semblables ou différents entre eux rentrent dans les préparations pharmaceutiques ou remèdes qui, aux termes de ladite loi, ne sont pas susceptibles d'être brevetés, si le nom de Phéuol était usité avant les brevet et dépôt de Bobœuf pour désigner les Phénates ou autres compositions destinées à des usages industriels ou thérapeutiques et si Bobœuf peut en revendiquer la propriété, si les produits saisis sont la contrefaçon des produits et procédé revendiqués par le brevet de 1867, si ces produits sont conformes à la formule du Codex, enfin, si les flacons, enveloppés et étiquetés des défendeurs sont la contrefaçon de la marque ou une imitation des flacons, enveloppes et étiquettes de Bobœuf, suffisantes pour produire une confusion et une concurrence commerciale illicites et préjudiciables.... pour être ultérieurement statué ce qu'il appartiendra. » Nous tiendrons nos lecteurs au courant de la suite de cette affaire.

LE SERVICE PHARMACEUTIQUE DANS L'ARMÉE ALLEMANDE. — La réorganisation de la pharmacie militaire étant à l'ordre du jour en France, les renseignements suivants sur l'organisation allemande sont pleins d'intérêt: Le service pharmaceutique est composé, dans l'armée prussienne, de la façon suivante :

Pour l'armée active: 1° de sept pharmaciens-majors, chargés chacun de centraliser, sous le contrôle du médecin général respectif, le service pharmaceutique de deux corps d'armée; 2° des pharmaciens volontaires d'un an.

Pour l'armée entière lors d'une mobilisation générale: 1° des sept pharmaciens majors; 2° des pharmaciens volontaires d'un an; 3° des pharmaciens du Bourlauhen land.

Une décision de la division médico-militaire, en date du 22 jauvier 1873, vient encore de réduire ce cadre en disposant qu'à l'avenir les pharmaciens ayant obtenu le diplôme du degré supérieur sont seuls admis à satisfaire à leurs obligations militaires en servant daus les établissements pharmaceutiques.

Un certain nombre d'emplois de pharmaciens devenant ainsi vacants, la circulaire ministérielle décide que, dans tous les établissements hospitaliers non pourvus d'un pharmacien, le service de la préparatiou et de la distribution des médicaments sera fait, sous le contrôle d'un des médecius assistants spécialement chargé de ces attributions, par un aide du lazaret.

Il est recommandé aux médecins traitants des hôpitaux, de réduire au strict nécessaire les médicaments exigeant une préparation compliquée. La plus grande simplicité est recommandée pour la formulation, afin de simplifier ainsi la tâche de l'aide-major chargé de la pharmacie. Les pommades, onguents, teintures, etc., devront être préparés par l'infirmier. Les pilules seront, au besoin, achetées dans les pharmacies civiles, avec lesquelles il y a lieu de passer un marché à cet effet. Dans les grands hôpitaux, où jusqu'à présent fonctionnaient plusieurs pharmaciens, un seul de ces agents suffira pour assurer le service. (*Militairærztliche Zeitschrift* et *Bordeaux médical*).

(1) Voir le n° 9 du *Progrès Médical*.

Enseignement médical libre.

Thérapeutique, Chimie, Histoire naturelle médicales. M. le Dr MARTIN-DAMOURETTE recommencera ses conrs le mercredi 1er octobre; à une heure, place de l'Ecole de médecine, 17.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. Du 13 au 19 septembre, 973 décès c'est-à-dire plus que durant la semaine précédente. Rougeole, 13; — fièvre typhoïde, 44; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 26; — pneumonie, 38; — dysentérie, 8; — diarrhée cholériforme des enfants, 65, — *choléra*, 125; — angine couenneuse, 9; — croup, 10, — affections puerpérales, 5.

TOULOUSE. (124.842 hab.). En août, 216 décès: diarrhée cholériforme des enfants, 69; entérité, 5 dysenterie, 14; fièvre typhoïde, 3. (*Rev. méd. de Toulouse*).

LONDRES. La semaine dernière, il y a en 1,319 decés. dont 162 dus à la diarrhée.

CHOLÉRA. — *Roumanie*: du 11 au 18 septembre, 324 cas ancieus; 558 cas nouveaux; total 882 cas qui se subdiviseut ainsi : morts, 256; en traitement 262; guéris, 364.

Autriche. — Vienne, 19 septembre. — Dans le cours de cette semaine, l'épidémie a manifesté une notable tendance à diminuer, comme cela ressort des chiffres suivants : le 10 septembre, 44 cas nouveaux; le 11, 48; le 12, 44; le 13, 43; le 14, 60; le 15, 56; le 16, 65. Le chiffre élevé des derniers jours, tient à ce que des cholériques ont été apportés à l'hôpital Weidener, malgré des défeuses formelles, qu'une salle a par suite été infectée, en sorte que 21 personnes, malades et gens de service, ont été prises du choléra, en même temps que de nombreuses diarrhées se déclaraient dans d'autres salles. La cause de ces dernières est la fermeture subita des conduites d'eau de l'hôpital, par suite de travaux hydrauliques, sans que la direction de l'hôpital eût été prévenue. Il en est résulté que, pris au dépourvu on a dû recourir aux puits de la maison, dont l'usage était jusqu'alors interdit, surtout eu boisson; de là, les diarrhées. On peut trouver dans le même fait, qui a privé d'eau la moitié du quatrième district située au-dessus de la Waaggasse, la cause de l'augmentation du nombre des cholériques dans cette région. — Les nouvelles de la province, sont meilleures. L'épidémie s'apaise dans les endroits qui en sont atteints, mais elle tend à gagner les montagnes et à s'y étendre. (*Wiener med. Wochenschrift*).

Angleterre. Si l'on en croit la mesure prise par les autorités au Portugal qui mettent les provenances de *Hull* (Angleterre) en quarantaine, le choléra aurait fait son apparition dans cette ville.

Italie: Pour raisons sanitaires, le préfet de *Rome* a défendu les pélerinages des 28, 29 et 30 septembre au sanctuaire de Notre-Dame de Venturella (Polli). On sait que c'est surtont par les pélerinages que se propage le choléra. L'épidémie actuelle a pour point de départ le grand pèlerinage qui eut lieu à *Hurdwar* au mois d'avril 1867.

France. Rouen. — D'après une statistique dressée par les soins de la mairie de Rouen, les décès ont suivi la marche suivante, depuis le 3 août jusqu'au 20 septembre. Voici d'abord le relevé des décès dans les hôpitaux :

Du 3 au 9 août 1873. — Cancer. 2; affection de la poitrine. 5; entérite, 5; débilité sénila, 2; fièvre typhoïde, 2. — Total, 16.

Du 10 au 16 août. — Coqueluche. 1; affection de la poitrine, 6; eutérite, 3; débilité séuile, 4; choléra, 8; fièvre typhoïde, 1. — Total, 23

Du 17 au 23 août. — Fracture du crâne, 1; phthisie pulmonaire, 4 pneumonie, 1; choléra, 22; entérite, 6; débilité sénile, 7. — Total, 42.

Du 24 au 30 août. — Affection de la poitrine, 6; choléra, 23; péritonite, 1; cancer, 1; affection du cœur, 3; congestion 1; fièvre typhoïde. 2; suicide, 1; débilité sénile, 3; entérite, 6; mort-né, 1; méningite, 1. — Total. 49.

Du 31 août au 6 septembre. — Suicide, 1; entérite, 7; bronchite, 5; mort-né, 1; fièvre typhoïde, 2; méningite, 1; paraplégie, 1; abus alcooliques, 1; débilité, 2; affection du cœur, 1; choléra, 27; congestion cérébrale, 1. — Total, 50.

Du 7 au 13 septembre. — Affection du cœur, 1; hémorrhagie cérébrale, 2; entérite, 2; fractures de côte, 1; encéphalite, 1; fièvre typhoïde, 2; choléra, 13; phthisie, 3. — Total, 25.

Du 14 au 20 septembre. — Bronchite aiguë, 1; entérite, 5; maladie du cœur, 2; débilité sénile, 2; mort-né, 1; choléra, 4. — Total, 15.

Total général du 4 août au 20 septeincre, 220.

D'après ce relevé, du 3 août au 20 septembre, il y a donc eu dans les hôpitaux de Rouen 220 décès, dont 97 occasionnés par le choléra. Du 14 au 20 septembre, il n'y a eu que 4 décès cholériques dans les hôpitaux.

En ville, les décès se sont répartis de la manière suivante :

Du 4 au 11 août. — Cholériques, 5; cholérine, 6; phthisie, 5; entérite; 27; bronchite, 6; fièvre typhoïde, 2, etc.

Du 12 au 17 août. — Cholériques, 4; cholérine, 8; phthisie, 6; entérite, 10; bronchite, 2; fièvre typhoïde, 2, etc.

Du 18 au 25 août: Cholériques, 51; cholérine, 18; phthisie, 6; entérite, 30; bronchite, 2; fièvre typhoïde, 2, etc.

Du 26 au 31 août.— Cholériques, 28; cholérine, 14; phthisie, 4; entérite, 10; bronchite, 2; fièvre typhoïde, 3; affections intestinales, 6. etc.

Du 1er au 7 septembre : Cholériques, 48; cholérine, 11 : phthisie, 4; entérite, 13; bronchite, 2; affections intestinales, 4; fièvre typhoïde. 3, etc.

Du 8 au 14 septembre : Cholériques, 14; cholérine, 9; phthisie, 8; entérite, 17, etc.

Du 14 au 19 septembre. — Cholériques, 7; cholérine, 2; phthisie, 4; entérite, 4; cholérine, 2, etc.

D'après ce relevé, du 4 août au 19 septembre, il y a eu en ville, non compris les hôpitaux, 157 décès cholériques et 68 décès par la cholérine. Le total des décès de toute sorte s'est élevé, en ville, pendant cette même période, à 648.

Si nous réunissons l'ensemble de tous les décès, villes et hôpitaux, du 4 août au 19 septembre, nous avons un total de 866, sur lesquels 158 cholériques pour la ville, 97 pour les hôpitaux, soit 255 décès cholériques en 46 jours, soit un peu moins de 6 décès par jour. Du 14 au 20 septembre, il n'y a eu que 4 décès cholériques dans les hôpitaux et 7 en ville. La maladie est donc dans une voie décroissante très-marquée, et il y a tout lieu d'espérer qu'elle aura complètement disparu sous peu de jours.

Paris. Du 9 au 15 septembre, nous avons eu, à Paris, 134 décès par le choléra (92 en ville, 32 dans les hôpitaux); du 16 au 22, 103 décès (55 en ville et 48 dans les hôpitaux). Ces chiffres marquent une légère diminution de l'épidémie; mais il serait très-imprudent de considérer l'épidémie comme tendant à disparaître. Il arrive trop souvent que, après avoir sommeillé quelque temps, l'épidémie multiplie le nombre de ses victimes. Il est donc urgent qu'aucune des mesures hygiéniques nécessitées par les circonstances ne soit négligée. L'isolement doit être aussi rigoureux que possible dans les hôpitaux. Les médecins de chaque service doivent le respecter sagement; car il serait vraiment regrettable que l'administration fût obligée de leur rappeler les prescriptions hygiéniques. De son côté l'administration doit veiller avec soin à la désinfection des déjections des cholériques, et des linges qui ont servi à ces malades.

Paris. — *Hôpital Lariboisière.*— Du 17 au 24 septembre, il y a eu 17 cas nouveaux, dont 8 intérieurs; 14 décès. Total depuis le début de l'épidémie; 54 cas, 34 décès.

Hôpital Beaujon.— Voici la marche de l'épidémie dans cet établissement: le 6 septembre, 1; le 11, 2; le 12, 1; ce jour-là on pratique l'isolement; le 13, 3 cas; le 15, 4; le 16, 3; le 17, 5; le 18, 1; le 19, 2; le 23, 11 cas dont 8 intérieurs; le 24, 5 cas dont 2 intérieurs. Total 38 cas qui se répartissent ainsi : morts, 24; en traitement, 10; guéris, 4; 18 cas extérieurs (9 hommes, 9 femmes); 20 cas intérieurs (12 hommes, 8 femmes). Au point de vue de la mortalité elle est à peu près la même pour les deux catégories de cas.

Hôpital du Val-de-Grâce. — Il y a eu jusqu'au 25 septembre 14 cas de choléra et de cholérine. Le choléra n'entre que pour 3 dans ce chiffre. De ces 3 cas, 2 se sont terminés par la mort.

Hôpital de la Charité. — Un seul décès cholérique depuis le 20 septembre (cas intérieur). Il y a actuellement en traitement 2 hommes et 5 femmes.

Hôtel-Dieu. — Du 4 au 24 septembre, 23 cas (8 extérieurs, 15 intérieurs) chez les *femmes*; 9 décès; 8 en traitement; 6 guérisons Le 23 septembre, il y a eu 4 cas intérieurs et un le 24. — *Hommes* : en traitement le 18 septembre, 6; — 2 cas intérieurs; 1 extérieur; — décès, 3; — en traitement, 2.

Vacances médicales. — A céder immédiatement une clientèle, à Paris. Recette de 1872 : 17,500 fr., dont on peut justifier. Pour tous renseignements, s'adresser aux bureaux du journal, de midi à 4 heures.

Librairie J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Bœckel (E.) De la galvanocaustie thermique. In-8 de 116 pages avec 3 planches. 3 fr.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 17 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 4 OCTOBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES . 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les altérations histologiques de l'intestin et sur quelques modifications du sang dans le choléra,

Par MM. **KELSCH** et **RENAUT**. (1)

Les altérations macroscopiques trouvées sur les cadavres des cholériques ont été l'objet de descriptions minutieuses auxquelles il n'y a plus rien à ajouter. A plusieurs reprises, surtout de l'autre côté du Rhin, on a soumis les organes des cholériques à l'étude histologique, et c'est ainsi qu'ont été révélées des altérations élémentaires qui avaient échappé à l'œil nu, telles que la dégénérescence granulo-graisseuse des reins, du foie, l'abrasion de l'épithélium intestinal sur toute la longueur du tractus du tube digestif, l'apparition dans les selles de lambeaux d'épithélium détachés, etc. Ces recherches sont dues spécialement à Virchow (*Med. Reform.*, 1848, p. 28-64), Lebert (*Die Chol.* in der Schweitz, Francfort a M. 1856), Meyer (*Bericht ueber die Ch. Epidemie* de J. 1855 in Berlin, *Annal. der Charite* 1856), Buhl (*Pf's. Ztschr.* N. F. Bd. VI. H.kl-13). L'intestin, comme étant le siége des phénomènes les plus caractéristiques du choléra a particulièrement attiré l'attention de ces histologistes. Mais les détails se ressentent ici de l'insuffisance des méthodes de recherches, et surtout de certaines idées régnantes qui n'ont pas cours en France. Nous voulons parler de la diphthérite que les Allemands ont décrite dans presque toutes les maladies générales, et surtout dans le choléra, en y attachant une signification incompréhensible chez nous. Voici ce que nous lisons dans le *Traité d'anatomie pathologique* le plus récent au sujet de l'intestin des cholériques : « C'est ici que nous rencontrons le plus souvent les altérations diphthéritiques qui siègent dans la muqueuse en ménageant d'ordinaire les follicules. » (Klebs. — *Handb. der Pathol. Anatomie.* Zweite Lief. § 242.) — Pour de plus amples détails, l'auteur renvoie au chapitre de la diphthérite.

Les recherches anatomiques que nous avons entreprises sur quatre cas de cholériques décédés à la Charité et au Val-de-Grâce, ont porté plus spécialement sur l'intestin, et elles nous ont révélé des altérations de structure qui n'ont rien de commun avec ce que l'on entend par la diphthérite en Allemagne. Il n'est pas inutile de mentionner que nos malades ont succombé pendant la période algide, et du 3e-4e jour de la maladie.

Les altérations portent à la fois sur la muqueuse et la sous-muqueuse.

1° *Muqueuse.* Dans l'un des cas, moins avancé que les autres, l'épithélium de la surface a complétement disparu ; les glandes de Lieberkühn sont en grande partie détruites. on n'en retrouve que l'extrémité borgne, implantée encore sur la couche musculaire de la muqueuse, et revêtue à la surface interne par l'épithelium intact. Sur quelques points très-rares, la muqueuse se trouve conservée dans toute son épaisseur, et ces parties sont d'autant plus intéressantes qu'elles donnent un point de repère pour apprécier l'étendue de l'altération des autres.

Sur ces points presque intacts, les tubes de Lieberkühn, pourvus de leur épithélium, sont ordinairement distendus par du mucus; celui-ci s'épanche aussi à la surface libre de l'intestin où il forme une sorte d'enduit coagulé par les réactifs, en chassant des cellules épithéliales plus ou moins altérées. A côté de cette altération destructive des glandes, s'est développé un processus de formation des plus intéressants : c'est une végétation plus ou moins active de la trame fibro-vasculaire qui à l'état normal sépare les tubes sécréteurs et leur apporte la nourriture. Partout, les tronçons de tube, qui persistent encore, sont séparés par du tissu de bourgeon charnu, c'est-à dire du tissu composé de jeunes cellules embryonnaires, soutenues par une substance fondamentale très-vague, et traversée par des vaisseaux de nouvelle formation gorgés de sang. Cette infiltration de jeunes cellules s'observe aussi à un degré variable dans les villosités de l'intestin grêle. Dans les cas où l'altération est plus avancée, l'élément glandulaire tend de plus en plus à disparaitre et à être remplacé par du tissu inflammatoire. Ainsi dans l'un des cas, on ne trouvait même plus de vestiges de glandes sécrétoires. La muqueuse était littéralement remplacée par une couche de tissu embryonnaire variable en épaisseur, sillonnée de vaisseaux embryonnaires pleins de sang.

Cette modification de la muqueuse existe à des degrés variables dans toute la longueur de l'intestin, depuis le duodénum, jusqu'au rectum, sans prédilection particulière pour tel ou tel segment du tube digestif.

(1) Lue à la Société médicale des hôpitaux (Séance du 26 septembre 1872).

2° *Sous-muqueuse.* — Ce qui frappe avant tout, c'est une congestion énorme : les vaisseaux les plus superficiels de cette tunique sont tellement gorgés de globules rouges qu'ils soulèvent la muqueuse sus-jacente. Ceux des vaisseaux sanguins qui sont moins turgescents, et qui deviennent ainsi accessibles à l'étude présentent une inflammation des plus nettes de la membrane interne avec desquamation de l'endothélium qui, détaché de la membrane élastique limitante interne, occupe le centre du vaisseau où il forme une collerette de cellules gonflées assez semblables à celles que l'on trouve dans certains lymphatiques.

Les lymphatiques, en effet, présentent un double aspect : tantôt, ainsi que nous venons de le dire, ils sont remplis d'énormes cellules dont le protoplasma subit une sorte de transformation colloïde. C'est l'endothélium gonflé, proliféré, transformé. — D'autrefois ils sont simplement remplis de globules de pus. — Quant à la sous-muqueuse même, on y trouve une infiltration assez discrète de globules de pus, et des traînées disposées en séries de cellules plates gonflées entre les faisceaux conjonctifs.

Les follicules clos et agminés dont le gonflement se voit si bien à l'œil nu ne présentent rien de particulier. Il y a une hyperplasie cellulaire manifeste, et au centre de ces petits organes une tendance à la régression granulo-graisseuse et au ramollissement ulcératif. Cette tendance était surtout marquée dans les grosses plaques de Peyer, et dans un cas, dans les follicules clos du gros intestin. On n'a pas rencontré dans ce dernier cas l'envahissement des glandes lymphatiques par les glandes muqueuses, altération signalée par l'un d'entre nous dans la dysentérie.

La couche musculaire n'a rien présenté de particulier.

Quant à la lame péritonéale, elle fut toujours trouvée sensiblement : altérée des faisceaux conjonctifs, des cellules plates, infiltration de jeunes cellules et hypérémie, en un mot, lésions initiales de l'inflammation, et même dans un cas la péritonite avait donné lieu à la formation d'adhérences formées de tissu conjonctif jeune embryonnaire traversé par de nombreux vaisseaux de nouvelle formation. En somme, les lésions histologiques de l'intestin dans le choléra peuvent se résumer dans les points suivants :

1° Développement de tissu embryonnaire dans la muqueuse et substitution de ce tissu aux glandes muqueuses qui se détruisent ;

2° Congestion de la sous-muqueuse, gonflement de cellules plates, néoformation de jeunes cellules aux dépens des éléments préexistants, altération de la membrane interne des vaisseaux sanguins et lymphatiques ;

3° Hyperplasie du tissu lymphatique, ramollissement central granulo-graisseux des follicules clos et agminés ;

4° Ces lésions sont celles de l'inflammation aiguë et chronique telle qu'on la rencontre dans la fièvre typhoïde, la tuberculose intestinale, la dyssentérie. Elles n'ont rien de spécifique. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux (1).

CHAPITRE II. — PROPRIÉTÉS CHIMIQUES.

En 1849, M. Ad. Wurtz, en étudiant les produits de la distillation des éthers cyaniques avec des alcalis, s'aperçut qu'on donnait naissance à un carbonate alcalin et à une base nouvelle semblable à l'ammoniaque par ses propriétés, mais différente de l'ammoniaque par la substitution d'un radical alcoolique à l'hydrogène.

Cette première découverte ne tarda pas à être complétée par M. Hoffman. Ce chimiste fit voir que les bases de M. Wurtz se produisent directement par l'action des éthers iodhydriques sur l'ammoniaque et il montra de plus, que, dans cette dernière action, il se forme des bases inconnues jusqu'alors, et dérivées de l'ammoniaque par la substitution de deux ou trois atomes d'un radical alcoolique à l'hydrogène. — Ces produits furent appelés *ammoniaques composés.*

Ces ammoniaques peuvent se subdiviser selon que l'hydrogène est en partie ou en totalité remplacé par les radicaux alcooliques. De là des ammoniaques primaires, si la substitution porte sur un seul atome comme dans la méthylamine ; secondaires, si elle porte sur deux atomes ; tertiaires, si elle porte sur trois atomes, comme dans la triméthylamine. C'est à cette classe des ammoniaques tertiaires qu'appartient la propylamine découverte en 1850 par Wertheim. Depuis, on a rencontré ce produit dans une foule de substances.

En 1852, Winckler signalait la propylamine dans l'ergotine. En 1854, Wicke la trouvait dans les fleurs de l'aubépine récemment écloses. En 1855, Winckler l'a isolée de la saumure de harengs. Dessaignes (1857) la rencontrait dans le *Chenopodium vulvaria,* dans le sang de veau putréfié et dans l'urine humaine. Vers la même époque, Hess l'aurait trouvée en très-petite quantité dans le guano.

En 1863, Wicke envisage comme de la triméthylamine cette ammoniaque que l'on avait également retirée des fleurs du poivrier et du sorbier. Il admet en outre que cet alcali exsude constamment des feuilles de la vulvaire sur lesquelles il a reconnu des glandes qu'il considère comme les organes de la sécrétion de la triméthylamine. Enfin, en 1864, Hetet trouve la triméthylamine dans les feuilles du cobylet, et consigne ses recherches dans les *Archives de médecine navale* (1864) et dans les *Annales pharmaceutiques* (1865).

En résumé la triméthylamine se rencontre en assez grande quantité dans le règne végétal et dans le règne animal. Dans le règne végétal, cette ammoniaque se trouve dans les plantes appartenant principalement aux familles suivantes : *Chenopodiacées, pomacées, caprifoliacées, asclépiadées, raflesxiacées.* Dans le règne animal, les poissons surtout fournissent la triméthylamine ; parmi les espèces qui la contiennent nous citerons surtout les genres *Acipenser* (esturgeon), *raja* (raie), *clupea* (hareng), et *gadus* (morue).

Préparation. — Tous les auteurs ont suivi le même procédé pour l'obtention de la propylamine. La substance dont ils voulaient retirer la propylamine était mélangée avec de la potasse ou de la chaux et le mélange ainsi obtenu était soumis à la distillation. Les gaz qui se dégageaient étaient recueillis dans de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique. Cette solution évaporée à sec était traitée par de l'alcool absolu qui ne dissolvait que le chlorure de propylamine qu'on décomposait ensuite par la chaux et l'on recueillait la propylamine dans de l'eau.

Dans les laboratoires, on obtient la triméthylamine par le procédé suivant. On prépare du bromhydrate de triméthylamine en traitant la méthylamine par l'éther méthylo-bromhydrique. Le bromhydrate de biméthylamine, traité par la chaux, met en liberté de la biméthylamine. Celle-ci, en présence de l'éther méthylo-bromhydrique donne du bromhydrate de triméthylamine qui, avec la chaux, donne de la triméthylamine.

M. Frédéric Wurtz indique un autre procédé ; il prépare d'abord de l'iodure de méthyle avec l'alcool méthylique. L'iodure de méthyle, mis en présence de l'ammoniaque, sous l'influence d'une forte pression, donne lieu à la formation de cristaux de tétraméthylammonium ; on les lave simplement dans l'eau et en les traitant par la chaux, on obtient la triméthylamine, soluble dans l'eau comme l'ammoniaque, solution qu'on pourrait titrer, de façon à avoir à sa disposition un produit toujours semblable.

Propriétés. — La triméthylamine se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, transparent, soluble dans l'eau, l'acool et l'éther. Bouillant à 4° suivant les uns, à 9 suivant les autres ; il est combustible et donne une flamme peu éclairante. — L'odeur en est forte, et rappelle celle que développe la saumure de harengs, sardines, etc.

(1) Voir le n° 12 du *Progrès médical.*

La triméthylamine se volatilise facilement; les vapeurs donnent au contact des gaz acides chorhydrique bromydrique iodydrique, des fumées blanches de chlorhydrate, de bromhydrate, d'iodhydrate de triméthylamine. Les sels sont cristallisables et répandent une odeur de saumure quand on les chauffe. Il en est ainsi du chlorhydrate de triméthylamine dont nous avons à dire quelques mots.

Chlorydrate de methylamine. — Jusque dans ces derniers temps, on n'obtenait que de la propylamine qui n'était autre chose qu'une solution aqueuse de triméthylamine, et cette solution se trouvait à des degrés de concentration variable. Aussi a-t-on songé à la remplacer par un sel sur l'action duquel on peu plus facilement compter, le *chlorhydrate de triméthylamine*.

Préparation et propriétés. — Au lieu de préparer le chorhydrate de méthylamine avec la saumure de harengs, M. F. Wurtz le prépare directement par synthèse. Le procédé adopté consiste dans la transformation de l'iodure de méthyle en iodure de tétraméthylammonium, sous l'influence de la pression et de la chaleur.

L'iodure de tétraméthylammonium,sel parfaitement cristallisable, est décomposé par la potasse caustique. La triméthylamine qui se dégage est recueillie dans de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique. — Par évaporation, cette solution cristallise en longues taches blanches, solubles dans l'eau en toutes proportions, solubles dans l'alcool, l'éther, la glycérine, insolubles dans le chloroforme. Ce sel étant très-hygrométrique, il est préférable quand on le prépare pour l'usage thérapeutique de le fondre et de le couler sous formes de plaques légèrement jaunâtres à saveur fraîche et salée. La solubilité dans l'alcool fort est mise à profit pour purifier le chlorhydrate de triméthylamine et le séparer du chlorhydrate d'ammoniaque qu'il pourrait renfermer.

Mode d'administration de la triméthylamine et du chlorhydrate de triméthylamine.

L'odeur de la triméthylamine nécessite l'emploi des aromates comme correctifs indispensables; l'anis, la menthe, sont ordinairement employés à cet effet. L'action caustique doit être évitée en dissolvant le médicament dans une certaine quantité de véhicule. Au surplus, les principales formules employées jusqu'à ce jour sont les suivantes :

Potion d'Awenarius.

Propylamine..................	20 gouttes.
Eau distillée..................	180 grammes.
Oléosaccharum de menthe poivrée.	10 grammes.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures. La formule du Dr John Gaston est la suivante :

Propylamine.....50. — 80......	100 gouttes.
Eau distillée..................	250 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures pour un adulte. — Le professeur Coze (de Nancy) a employé la formule suivante :

Triméthylamine	0 gr. 60.
Potion gommeuse..............	120 gr.
Sirop de menthe................	4 gr.

A prendre par cuillerée à bouche dans la journée. — M. Dujardin-Beaumetz prescrit la potion suivante :

Triméthylamine ...0 gr. 50 à......	2 gr.
Eau de tilleul....................	120 gr.
Sirop de menthe	10 gr.

Cet auteur a renoncé au sirop de morphine qu'il associait primitivement à la triméthylamine pour faciliter sa tolérance par les voies digestives et qui avait en effet l'inconvénient grave, pour une substance soumise à l'expérimentation, de donner prise à cette objection que les effets sédatifs pouvaient être attribués à la morphine.

L'emploi des plantes propylamiques ou mieux triméthylamiques, telles que l'infusion ou l'alcoolature de vulvaire serait sans avantage aucun sur les solutions que nous venons de mentionner. M. Guibert a conseillé l'emploi de la triméthylamine en frictions à l'extérieur sur les articulations atteintes de rhumatisme. Nous ne sachons pas que ce mode d'administration ait été encore expérimenté.

Comme nous l'avons fait entrevoir précédemment le chlorhydrate de méthylamine semble devoir remplacer complétement la triméthylamine. Ainsi croyons-nous devoir indiquer le mode d'administration de ce médicament et les doses qu'il convient d'employer. — Les doses du chlorhydrate de triméthylamine peuvent atteindre jusqu'à 1 gr. par jour. — Voici d'ailleurs les principales formules :

Potion.

Chlorhydrate de triméthylamine ...	0 gr. 50.
Eau de tilleul	100 gr.
Sirop d'écorces d'oranges........	30 gr.

A prendre par cuillerée dans la journée chaque cuillerée renferme 75 milligrammes de chlorhydrate.

Soluté.

Chlorydrate de triméthylamine.....	5 gr.
Eau distillée	195 gr.

Chaque cuillerée contient 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate.

A mettre une cuillerée à bouche dans un litre de tisane de chiendent à prendre dans la journée.

Sirop.

Chlorhydrate de triméthylamine.....	20 gr.
Sirop d'écorces d'oranges..........	990 gr.

Chaque cuillerée renferme 0 gr. 50 cent. de chlorhydrate à prendre une cuillerée par jour.

Pilules

Chlorhydrate de triméthylamine......	2 gr. 50.
Poudre de guimauve	7 gr.
Miel	9 s.

Pour 100 pilules.

Recouvrir de baume de Tolu, suivant le procédé Blancard — Chaque pilule renferme 25 milligrammes — 2 pilules toutes les heures. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXTERNE.

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre.

Par **L.-E. DUPUY**, interne des hôpitaux de Paris (1)

III. *Mode de production, siége et diagnostic des perforations.*

La portion de l'utérus où se sont produites le plus souvent les perforations est le fond de cet organe, surtout au voisinage de l'orifice utérin des trompes où la paroi est moins épaisse.

Lorsque la matrice est fléchie, il peut arriver que l'on perfore la paroi antérieure (rétroflexions) ou la postérieure (antéflexions), ainsi chez la malade, dont l'observation suit, alors que l'hystéromètre avait pénétré à 12 1/2 centimètres, on sentait que l'utérus était resté en rétroflexion. Il est donc de toute évidence que la paroi antérieure de la matrice a dû être perforée.

Observation vii. — *Cathétérisme utérin pratiqué 180 jours au moins après l'accouchement. Perforation de l'utérus placé en rétroflexion. — Aucun accident consécutif.* (Obs. de Rahl-Ruckard et Jelonnus).

O. B. 28 ans; accouche en novembre 1869 de 2 jumeaux; couches difficiles; la malade resta pendant 3 mois dans une maison de santé où elle fut soignée très-vraisemblablement pour un abcès du tissu cellulaire du bassin.

1er *juillet 1870.* Elle se plaint d'une perte de sang, datant de 3 semaines. On constate dans le cul-de-sac vaginal, à droite, les restes évidents d'un exsudat. La sonde utérine est introduite à une profondeur de 9 centimètres

(1) Voir les nos 10, 12 et 14 du *Progrès médical.*

5 juillet. La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à 12 1/2 centimètres et aurait pu être introduite plus profondément si on l'eut désiré. Du reste pendant l'introduction de la sonde, on sentait l'utérus en rétroflexion dans le cul-de-sac vaginal postérieur. — Aucun accident ne survint et au bout de 14 jours, la malade reprit ses occupations.

En admettant que l'hystéromètre, introduit par l'orifice externe du col, ait pénétré à une profondeur de 15 à 19 centimètres et que l'on sente le bouton de l'instrument sous la paroi abdominale, peut-on affirmer qu'il existe réellement une perforation de la paroi utérine? Répondre à une pareille question nous semblerait oiseux, s'il n'existait dans la science une observation parfaitement concluante, prouvant jusqu'à la dernière évidence qu'il est possible de pénétrer avec la sonde utérine dans la trompe de Fallope et de la pousser par ce canal jusque dans l'abdomen. — Chez une femme de 65 ans, atteinte de kyste de l'ovaire. Bischoff (1) introduisit à 2 reprises l'hystéromètre dans la matrice à une profondeur de 17 centimètres, sans rencontrer le moindre obstacle. Plus tard, à l'autopsie, il trouva chez cette malade : l'utérus fortement porté à droite et incliné sur le même côté, de telle sorte que l'orifice utérin de la trompe de Fallope dilaté en forme d'entonnoir occupait le sommet de l'organe; la trompe très-dilatée admettait facilement l'hystéromètre.

Dans de pareilles conditions, on ne saurait nier la possibilité du cathétérisme de la trompe de Fallope ; mais ce fait est tout à fait exceptionnel, et il nous semble inutile d'insister sur la disposition particulière que présentait le lieu d'insertion de la trompe, grâce au déplacement de la matrice à droite (2) par un kyste volumineux de l'ovaire. — Si nous analysons les 2 observations d'*Hildebrandt* qui pense aussi avoir pénétré avec l'hystéromètre dans une des trompes pathologiquement dilatée, nous ne tarderons pas à être frappé des différences énormes qui les séparent du fait de Bischoff.

Observation viii. — *Antéflexion d'un utérus flasque. La sonde utérine s'enfonce à une profondeur de 18 centimètres.* (Obs. *Hildebrandt*).

Femme de 30 ans ; mariée, pas d'enfants ; réglée depuis 15 ans.

A travers la paroi abdominale, on ne sent pas le fond de la matrice. Portion vaginale du col, mince, flasque ; dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on trouve le corps de l'utérus antéfléchi. Avec la sonde introduite à une profondeur de 6 à 5 centimètres on redresse assez facilement l'utérus. Par la palpation-bimanuelle on trouve l'utérus de dimension normale, flasque et mou. — On traite la malade par des pessaires intra-utérins. Hildebrandt constate bientôt chez cette femme les faits suivants : Lorsque l'on dirige l'hystéromètre dans la direction de l'axe du bassin, l'instrument glisse très-facilement et est arrêté à 6 ou 5 centimètres de profondeur. Mais en dirigeant la sonde du côté gauche, celle-ci s'enfonce à une grande profondeur et on peut en sentir l'extrémité sous la paroi abdominale, à la hauteur de l'ombilic et à 6 ou 7 centimètres à gauche de celui-ci. — Cette manœuvre fut répétée plusieurs fois sans qu'il survint de réaction inflammatoire ; elle produisait cependant un sentiment momentané de douleur et de tension.

Observation ix. — *Abcès de l'ovaire droit. Dans le cathétérisme utérin, la sonde pénètre à 9 et puis à 20 centimètres de profondeur.* (Obs. de *Hildebrandt*).

Femme de 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 26 ans ; accouchement à terme il y a 2 ans.

Présente tous les signes d'un abcès de l'ovaire droit ; une ponction exploratrice confirme ce diagnostic. — La sonde, introduite dans l'orifice, externe du col, glisse facilement jusqu'à une profondeur de 2. 5 centimètres rencontre dans le col plusieurs irrégularités qui furent regardées comme des plis de la muqueuse proéminant fortement ; puis après avoir franchi un obstacle, dû sans doute à un rétrécissement de l'orifice interne, elle glisse sans difficulté et sans douleur, jusqu'à 20 centimètres de profondeur. — On imprima à la sonde des mouvements de rotation suivant son grand axe : à droite l'extrémité de celle-ci poussait une masse solide, tandis qu'à gauche elle ne rencontrait rien. Impossible de sentir le bouton de l'instrument sous la paroi abdominale. Les mêmes manœuvres furent répétées plusieurs fois.

Dans la première observation de *Hildebrandt.* (Obs. VIII) nous constatons quelques faits qui pourraient à la rigueur témoigner en faveur de l'introduction de la sonde utérine dans la trompe ; ce sont : 1° la laxité des ligaments larges qu'implique toujours une déviation utérine ; 2° la facilité avec laquelle l'hystéromètre pénétrait à gauche, tandis que le fond de l'utérus présentait un obstacle sérieux. Cependant il ne faut pas oublier que la paroi supérieure de la matrice est moins épaisse vers chacune de ses extrémités ; d'autre part la malade de *Hœning*, chez qui la perforation est des plus évidentes, offrait en certains points du fond de l'utérus une résistance au passage de la sonde bien plus considérable qu'en d'autres. (Voir obs. X).

Quant à la deuxième malade. (Observation IX) nous ne trouvons absolument aucune des conditions qui pourraient expliquer le passage de l'hystéromètre par la trompe de Fallope. — Combien sont nombreuses au contraire les objections que l'on peut adresser à *Hildebrandt*! D'abord l'orifice utérin de la trompe a un diamètre si petit, à l'état normal, qu'il admet à peine une soie de sanglier ; ensuite, en admettant même que cet orifice ainsi que la trompe soit pathologiquement dilaté et qu'il soit possible d'y introduire *facilement* l'hystéromètre nous trouvons encore de sérieuses difficultés à savoir : la direction de la trompe, la présence des ligaments large et ovarique maintenant la trompe dans sa direction transversale, etc. — Du reste les expériences de *Wegner*, que nous avons vérifiées plusieurs fois, rendent évidentes l'impossibilité du cathétérisme de la trompe sur le cadavre, alors même qu'on se place dans les conditions les plus favorables.

En résumé, l'introduction de l'hystéromètre dans l'abdomen en passant par la trompe ne peut se produire que lorsque l'utérus est en latéro-version, et que l'orifice de la trompe, considérablement dilaté, occupe le sommet de l'organe.

Cette disposition est tout à fait exceptionnelle, et nous n'en connaissons qu'une seule observation authentique, celle de Bischoff. — Dans les autres cas, la perforation de l'utérus par la sonde nous semble de la plus grande évidence.

IV. *Conséquences de la perforation de l'utérus.*

Dans les 17 cas que nous avons trouvés dans la science, il n'est survenu aucun accident sérieux, bien que parfois la perforation ait été produite plusieurs fois de suite chez la même femme, sans que le chirurgien ait pris la moindre précaution pour se mettre à l'abri des complications.

L'observation suivante montre avec quelle témérité on a pu manier l'hystéromètre sans amener aucune réaction inflammatoire :

Observation x. — *Catarrhe utérin avec érosions de la portion vaginale du col ; perforations de l'utérus par la sonde, faites à plusieurs reprises. — Aucune réaction inflammatoire.*

Femme de 28 ans ; 3 accouchements et 2 fausses couches ; la dernière, il y a 3 mois et demi, a été suivie de métrorrhagie abondante.—Le sommet du poumon gauche présente des signes de tuberculose.

Utérus mou, flasque, sans contours bien nets. On l'a trouvé d'abord en antéflexion, mais il se laisse déplacer facilement et mettre en rétroflexion ; il est de volume normal.

La sonde introduite dans la matrice glisse, sans s'arrêter, dans la direction de l'axe de l'utérus, pénètre toujours plus avant sans rencontrer d'obstacle, jusqu'à une profondeur de 11 et demi centimètres, en occasionnant des douleurs abdominales vives ; on sent la pointe de la sonde à 2 et demi centimètres de l'ombilic. — Au spéculum, on trouve du catarrhe du col avec érosions. — 4 jours après ce premier examen, on perfore une seconde fois l'utérus avec la même facilité et l'on sent l'extrémité de l'hystéromètre au voisinage de l'ombilic. — La malade est ensuite présentée par Hœning aux élèves de sa clinique ; l'introduction de la sonde jusqu'à la poignée se fit sans la moindre difficulté ; on ne rencontra d'obstacle qu'au milieu du fond de la matrice, dans les points qui avaient été antérieurement perforés. Cette fois aussi, on sentait la pointe de l'instrument près de l'ombilic : cette manœuvre occasionna à la malade de vives douleurs. — Cette femme resta encore 4 jours à l'hôpital et en sortit ensuite sans présenter la moindre réaction inflammatoire.

Mais vouloir, ainsi que l'ont fait certains gynécologistes allemands, conclure de ces faits à l'innocuité de la perforation de l'utérus serait, à nos yeux, une grave imprudence.

Et d'abord, il nous semble fort probable qu'un certain nombre de cas malheureux n'ont pas été publiés ; d'autre part, de la lecture même des observations que nous avons résumées ici, nous pouvons conclure que la perforation des parois utérines peut entraîner des complications excessivement sérieuses.

Ainsi, chez la malade de l'Obs. I, le parenchyme utérin était

(1) *Loc. cit.*,
(2) *Loc. cit.*.

vascularisé au point de présenter les caractères d'un véritable tissu caverneux ; n'aurait-on pu, en pareil cas, provoquer une véritable hémorrhagie et un épanchement sanguin péritonéal fort grave ?

Dans l'une des observations de Hildebrandt, (Observation IX) nous avons vu ce chirurgien repousser avec l'hystéromètre introduit dans l'abdomen un abcès ovarique considérable, existant du côté droit ; sans aucun doute, une manœuvre semblable, pratiquée, dans des conditions analogues pourrait amener la rupture de la poche purulente et consécutivement une péritonite mortelle.

Est-il besoin, du reste, de rappeler ici combien la matrice est un organe susceptible et que les opérations les plus simples pratiquées sur elles ont été suivies parfois de redoutables complications.

Pour conclure, nous pensons que lorsqu'on trouve un utérus mou, flasque, sans contours nettement limités, ou dans toute autre condition permettant de prévoir une perforation facile du parenchyme, il faut renoncer à l'hystéromètre qui devient un investigateur infidèle, sinon dangereux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 septembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. DELPECH L'épidémie cholérique continue à décroître; du 22 au 29 septembre inclusivement, il n'y a eu que 66 décès. Dans tous les hôpitaux on a placé les cholériques dans des salles spéciales; malgré cela 34 cas se sont développés chez des malades atteints de diverses affections ; tandis qu'il n'en est entré que 29. Dans les hôpitaux militaires il n'y a eu que deux décès le 24 septembre. Enfin, contrairement à ce qui avait été dit dans le précédent compte-rendu, le sexe féminin a été plus atteint que l'autre. En effet, 307 décès ont été constatés depuis le commencement de l'épidémie, 168 ont atteint des femmes et 139 des hommes. Soit une différence en plus de 29 pour les femmes.

M. LE PRÉSIDENT. L'académie a encore à enregistrer aujourd'hui une nouvelle perte, celle de M. Vulfrang GERDY membre correspondand national depuis 1840.

M. LE DOCTEUR CROCQ (de Bruxelles), fait une lecture sur les *parotides consécutives aux maladies aiguës*

—L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les *diarrhées cholériformes et le choléra.*

M. FAUVEL, n'aurait pas voulu prendre part à la discussion, selon lui inoportune; quand l'ennemi est dans la place il faut non pas discuter, mais combattre. Cependant il n'a pu laisser M. Lecadre d'abord, M. Guérin ensuite, soutenir la théorie du développement spontané du choléra, sans protester. A propos de l'épidémie du Hâvre, M. Lecadre nie qu'elle ait été importée parce qu'il n'a pas observé de cas manifeste d'importation. Mais est-ce une raison suffisante et le fait ne peut-il quand même exister? Quant à M. J. Guérin dans les deux séances précédentes il a soutenu avec talent, mais sans succès la théorie inventée, par lui depuis quarante ans, il n'a apporté aucun fait nouveau, bien plus, il n'a tenu compte des travaux qui ont été publiés par la Commission sanitaire de Constantinople, par M. Barth, M. Briquet, M. Besnier. L'orateur incidemment répond à ceux qui ont critiqué et demandé l'abolition des quarantaines. Certainement elles n'offrent qu'une garantie relative, mais qui vaut mieux cependant que rien du tout. En résumé, le choléra est une maladie épidémique, d'origine Indienne; jamais il n'est allé d'un lieu à un autre avant le temps matériel nécessaire à un homme pour faire le trajet; il ne doit pas être confondu avec le choléra-nostras qui est une maladie bénigne, qui nait par suite de certaines circonstances, reste sur place, ne se développe pas, et ne se propage pas et cesse avec les circonstances qui l'on produit. La théorie de M. J. Guérin amène à rejeter les moyens prophylactiques dont on s'est servi jusqu'à présent pour y substituer une thérapeutique digne du moyen-âge.

M. J. GUERIN, répond en quelques mots à M. Fauvel, il trouve que son argumentation n'est pas sérieuse. Il lui a reproché d'avoir édifié sa théorie, dans son cabinet et sans l'avoir contrôlée par l'observation, et à ce propos, M. Guérin rappelle que pendant toute la durée de l'épidémie de 1832, il ne s'est pas couché et a passé les nuits près des malades. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 juin. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tumeur tuberculeuse développée à la face interne de la dure-mère, dans la fosse cérébelleuse gauche, sans adhérence avec le cervelet; — mort par tuberculisation aiguë généralisée, par M. L. COLIN, professeur au Val-de-Grâce.

Cette pièce me semble intéressante au point de vue *clinique* et *anatomique*. La tumeur siége, on le voit, à la face interne de la dure-mère, à peu près au centre de la fosse cérébelleuse gauche.

Les gros tubercules du cervelet sont relativement fréquents, mais c'est la première fois que je rencontre une tumeur du volume de celle ci, à la surface de la dure-mère, sans adhérence aucune avec le cervelet ni même avec les méninges viscérales. La tumeur était tellement libre de toute adhérence de ce côté qu'on enleva, comme d'habitude, la masse encéphalique, cerveau, cervelet, protubérance, sans éprouver le moindre obstacle, sans observer le moindre tiraillement, et sans produire la déchirure la plus superficielle ; je n'aperçus ce gros tubercule qu'en jetant, après l'autopsie, un coup d'œil dans l'intérieur de la cavité crânienne.

A la coupe, on reconnait la couleur jaune verdâtre homogène du gros tubercule des centres nerveux ; une pellicule nacrée très-mince, émanant de la face interne de la dure-mère (arachnoïde pariétale ?), recouvre la partie de la tumeur qui fait saillie dans la fosse cérébelleuse.

Au niveau même de la surface d'implantation de cette tumeur de la dure-mère, on observe un épaississement notable, discoïde, de la méninge qui n'a contracté aucune adhérence avec l'enveloppe osseuse ; mais on constate à ce niveau un commencement de résorption de la table interne de l'occipital qui est aminci en forme de cupule.

Le malade était entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 1er Janvier 1873, il fut enlevé, en dix-huit jours, par une atteinte de tuberculisation aiguë avec prédominance des symptômes cérébraux et pulmonaires; nous constation,s à l'autopsie, des granulations disséminées dans le foie, la rate, les reins, confluentes dans le parenchyme des poumons qui en étaient entièrement criblés. La pie-mère en offrait également un grand nombre, surtout à la base du cerveau et du cervelet.

J'insiste sur ce fait que les seuls symptômes observés furent ceux de la tuberculisation aiguë; malgré son ancienneté évidente, prouvée par son volume, par l'épaississement de la dure-mère à son point d'insertion, et enfin par l'amincissement, à ce niveau, de l'enveloppe osseuse, la tumeur qui nous occupe ne se révéla par aucun signe spécial ni avant, ni pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Lorsqu'il y a dix ans je cherchai à résumer, d'après mes observations personnelles, l'histoire de la tuberculisation aiguë, j'adoptai, comme distinction capitale, la division de cette maladie en deux formes principales : l'une primitive, survenant chez un sujet sain, à l'instar d'une pyrexie ; l'autre secondaire, se manifestant chez un sujet préalablement tuberculeux. C'est sur ces faits que je me basais dès lors pour soutenir, contrairement aux doctrines allemandes, l'unité de la tuberculisation à laquelle aujourd'hui on revient de plus en plus.

Le cas actuel est un exemple remarquable d'une tuberculisation aiguë secondaire, dans laquelle au lieu d'occuper soit les poumons, soit les ganglions, la lésion initiale s'était développée dans l'épaisseur des méninges.

Séance du 4 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. **Anatomie d'un moignon d'amputation. — Hématome kystique, probablement formé dans un ganglion inguinal**, par M. DRANSART, interne des hôpitaux.

M. DRANSART met sous les yeux de la société des pièces re-

cueillies dans le service de M. M. Sée à l'hôpital Ste-Eugénie. Il s'agit d'un enfant de 14 ans, qui, deux ans auparavant, avait été amputé de la cuisse gauche par M. Marjolin pour une tumeur blanche du genou, et qui revint mourir de tuberculose, dans un état de cachexie avancé.

Le présentateur montra le moignon amputé et disséqué. On y remarque l'atrophie du tissu adipeux, et un état poreux de fémur qui est réduit presque à une simple coque osseuse. La substance médullaire est complètement résorbée.

L'extrémité du nerf sciatique offre une hypertrophie remarquable, et un renflement en massue adhérant par du tissu conjonctif à la partie inférieure du moignon. La moëlle a été enlevée, et n'offrait à l'œil nu aucune atrophie visible des cordons latéraux du côté gauche : l'examen histologique sera complété ultérieurement.

Sur le même sujet, il existait à la région inguinale correspondante deux tumeurs volumineuses, que l'on avait considérées pendant la vie comme des bubons scrofuleux, et qui présentaient quelques particularités de structure intéressantes. Effectivement, sur une coupe, on trouve qu'elles sont remplies d'une masse rougeâtre, hématique, mêlée à des grumeaux de substance caséeuse. La paroi en est épaisse et fibreuse, tapissée à sa face interne, par une couche de néomembranes organisées et vasculaires. Sur certains points, ces néomembranes cloisonnent le kyste et tendent à en rapprocher les parois.

A cette première tumeur est accolé un autre kyste du même genre, contenant également du sang et de la matière caséeuse. Le tout est situé au-devant des vaisseaux fémoraux, à la base du triangle de Scarpa. Les connexions de la tumeur avec les autres ganglions inguinaux et avec les lymphatiques n'ont pas été suffisamment précisées.

M. Dransart se demande si dans ce cas il ne s'agit pas d'un ganglion devenu kystique, dans lequel une hémorrhagie se serait produite par rupture des vaisseaux des néomembranes.

2. Tumeur du testicule, probablement de nature sarcomateuse, par M. Reclus, interne des hôpitaux.

M. Reclus présente une tumeur du testicule enlevée par M. Broca à un homme de 41 ans. Le début de l'affection parait remonter à dix ans.

A ce moment, il n'y avait que de petites inégalités, assez prurigineuses : le développement de la tumeur, très-lent d'abord, se fit assez rapidement dans les quatre dernières années, depuis cinq mois surtout, elle grossit du double. La santé du malade n'a d'ailleurs jamais été compromise, et le cordon est toujours resté intact.

La tumeur, enlevée il y a 3 jours, atteint le volume du poing ; elle est blanchâtre, lobulée, lardacée : sur quelques points, on y voit des foyers caséeux et des îlots hémorragiques. Le diagnostic porté d'après l'examen direct à l'œil nu est celui de sarcome. L'examen microscopique de la tumeur n'a pas été remis.

Utérus et vagin doubles chez une femme accouchée quelque temps auparavant par M. Hirne, interne des hôpitaux.

M. Hirne présente un beau spécimen d'utérus et de vagin doubles. L'utérus était bilobé, et chaque loge séparée venait se rejoindre au voisinage du col pour s'aboucher dans un conduit vaginal particulier. L'un de ces conduits, le droit, était complet et arrivé jusqu'au col utérin ; l'autre s'arrêtait au voisinage de cet organe. Au fond des cul-de-sac vaginaux existait un petit pertuis qui faisait communiquer le vagin droit et le gauche.

Cette pièce a été recueillie à St-Antoine, dans le service de M. Cadet Gassicourt, chez une femme accouchée 3 semaines auparavant d'un enfant bien portant et venu à terme.

M. Houel. Les présentations d'utérus bicorne, d'utérus double, sont fréquentes, cela n'est pas l'intérêt de la pièce : il réside surtout dans ce fait, que la femme a pu mener une grossesse complétement à bon terme. Il y a aussi cette particularité remarquable, que les deux portions de l'utérus, aussi bien celle qui ne renfermait pas le produit de la conception que l'autre, ont subi des modifications hypertrophiques parallèles. Effectivement, l'utérus gauche qui ne renfermait pas de fœtus, est presque aussi volumineux que le droit, et comme lui, il est entrain de subir l'évolution régressive qui succède à l'accouchement.

Quant au vagin double, très-évident sur cette pièce, c'est également une anomalie assez commune, et qui accompagne d'ordinaire les utérus doubles. Mais habituellement la cloison médiane est complète, et les deux conduits ne communiquent pas à la partie supérieure. C'est donc là un point qu'il faut mettre en relief, car on pourrait se demander si la perforation est bien naturelle, et si elle ne s'est pas produite pendant le travail de l'accouchement.

M. Liouville. Le fait de M. Hirne me remet en mémoire un cas analogue dans lequel les deux conduits vaginaux étant distincts, on arrivait à un utérus également double, sauf dans sa portion inférieure. On pouvait, par chacun des vagins, faire pénétrer un hystéromètre, et les deux instruments se rencontraient dans la cavité utérine, preuve que la cloison médiane de séparation était incomplète. La malade accoucha plusieurs fois, et chaque fois l'accouchement se fit par le même conduit vaginal. L'autre, quoique susceptible de se dilater également, ne pouvait le suppléer.

M. Houel. On connait pourtant quelques cas dans lesquels les deux vagins fonctionnaient indistinctement.

M. Ledentu. L'ouverture de la cloison vaginale à sa partie supérieure n'est pas un fait aussi exceptionnel que le pense M Houel ; quelques cas de ce genre se trouvent mentionnés dans la thèse de M. Lefort. Il est peut-être moins commun de rencontrer une cloison complète, séparant deux cavités utérines distinctes.

REVUE MÉDICALE

III. — De l'arthrite déformante (*Arthritis deformans*), par le professeur A. G. Drachmann.

Qu'est-ce que l'arthrite déformante ? L'auteur se rallie à la définition de Haygarth : « C'est une maladie presque exclusivement propre au sexe féminin (1) ; elle n'est pas accompagnée de fièvre ; le gonflement dans les régions articulaires est toujours compliqué de celui des os mêmes ; les couches extérieures ne sont pas enflammées et les muscles ne paraissent pas souffrir. » 28 cas observés par M. Drachmann concernent des femmes. L'opinion, généralement admise que la maladie attaque plutôt les personnes âgées et pauvres, n'est point confirmée par l'expérience. En effet, parmi ces 28 femmes, 4 avaient éprouvé les premières atteintes de la maladie avant la 20e année ; chez 6, elle avait débuté entre 20 et 25 ans et chez 9 entre 25 et 40 ans ; 5 avaient été affectées à l'âge de 40 à 50 ans et 4 seulement plus tard ; 9, ou un tiers, appartenaient aux classes aisées.

Quels sont les *symptômes* de l'arthrite déformante ? La maladie débuterait le plus souvent par les petites articulations, surtout celle des mains. La fièvre ne manque pas toujours. Le craquement caractéristique ne se fait pas longtemps attendre. Des difformités surviennent habituellement ; quelquefois une ou plusieurs articulations peuvent récupérer une mobilité presque normale, tandis que d'autres se prennent. « Quand la maladie débute dans une des articulations coxo-fémorales, elle passe souvent dans l'autre, mais toutes les autres articulations du corps sont ordinairement épargnées, de même que, quand la maladie commence dans les petites articulations, elle gagne successivement et d'une manière assez régulière toutes les autres, ou presque toutes, sauf celles de la hanche qui, dans ce cas, reste indemne.

L'auteur n'a guère observé, comme causes prédisposantes, que des rhumatismes aigus et des anomalies de la menstruation ; comme causes déterminantes, il cite le travail excessif et prolongé, l'influence des habitations humides, les refroidissements, la ménopause, etc. — Dans un des cas, qu'il rapporte avec détails, M. Drachmann n'a pas vu se produire l'an-

(1) Cette opinion est quelque peu exagérée ; il n'est pas si rare que l'auteur l'avance, de rencontrer cette forme de rhumatisme chez l'homme.

kylose, mais précisément le contraire, c'est-à-dire une mobilité anormale et excessive.

Suivant les indications de M. Böcker, mises en relief par M. Charcot, l'auteur a porté ses investigations sur l'urine et semble avoir constaté d'une manière définitive que la quantité d'acide phosphorique de l'urine est toujours diminuée chez les personnes qui souffrent de l'arthrite déformante. En moyenne, chez 20 malades, plusieurs fois examinés, il a trouvé 1 gr. 194 en 24 heures, tandis que la quantité normale d'acide phosphorique dans l'urine varie entre 2 gr. 5 et 5 gr. 8. Par contre le sang devait en contenir une quantité plus grande (Böcker), mais l'auteur n'a pas pu faire de recherches sur ce point.

Le siége principal de la maladie et son point de départ seraient dans les tissus osseux et cartilagineux. Il a noté le dépérissement du cartilage, et, dans le tissu cellulaire périarticulaire et intra-capsulaire des dépôts de graisse abondants. Ordinairement, la synovie change d'aspect de très-bonne heure.

L'analyse chimique montre que ces concrétions contiennent un peu plus de chaux que les os. Dans les concrétions goutteuses, on rencontre des urates en abondance, c'est là un caractère distinctif. Pourtant, la diagnose différentielle présente parfois des difficultés. « Le rapport entre l'arthrite déformante et le rhumatisme est au contraire assez intime et l'auteur n'est pas éloigné d'admettre que les cas d'arthrite déformante puissent être regardés comme des manifestations malignes ou plus graves de la diathèse rhumatismale. — La connexion entre l'arthrite déformante et l'endocardite, mise en avant par Hueter, n'est pas confirmée par M. Drachmann (1). — Le *pronostic* est toujours plus ou moins mauvais.

Comme *moyens thérapeutiques*, l'auteur mentionne les bains romains, ceux de Tœplitz, les bains de potasse, l'électricité et la gymnastique (frictions, massage, mouvements passifs modérés). « La chaleur est très-recherchée par les malades; le froid, l'humidité et le repos absolu leur sont, au contraire, constamment nuisibles. » (*Nordiskt Medic. Arkiv.* 1873).

IV. — Du traitement du rhumatisme goutteux, par Adams.

Les affections rhumatismales chroniques résistant souvent aux traitements, en apparence les mieux ordonnés, ont motivé l'emploi des agents médicamenteux les plus variés. Toutefois si le nombre de ces agents est nombreux, leur efficacité est loin de répondre à ce que tout d'abord on attend d'eux. Aussi est-il utile de faire connaître les moyens qui sont recommandés par les médecins qui étudient d'une façon spéciale les différentes formes du rhumatisme. C'est ce que nous allons faire en résumant aussi succinctement que possible plusieurs observations consignées par Adams dans la deuxième édition de son livre intitulé : *On rheumatic Gout.* Dans ces observations, le professeur de Dublin déclare avoir obtenu une amélioration remarquable grâce à un mode de traitement encore peu connu.

I. *Rhumatisme goutteux; Hydriodate de potasse et bains chauds.* — Elisa Fisher. 50 ans Presque toutes ses jointures sauf les hanches et les épaules sont symétriquement affectées de rhumatisme goutteux. Traitement : hydriodate de potasse et bains chauds à une haute température. Au bout de 6 mois, amélioration telle que cette femme put reprendre son métier de servante. Elle conservait cependant un certain degré de roideur dans les jointures des membres inférieurs Sur les conseils de M. Adams, elle prit des bains turcs durant l'automne de 1867 et 1868, la roideur disparut complètement six ans après la sortie de la malade de l'hôpital M. Adams ayant revu cette femme, constata qu'il ne restait plus que des nodosités, d'ailleurs indolores, sur quelques-unes des jointures des doigts, vestiges du rhumatisme goutteux.

II. *Arthrite rhumatismale chronique interessant principalement les jointures tibo-tarsienne, du tarse, du métatarse, de la main et des doigts.* M. Leonard, 35 ans, domestique. Sous l'action du froid humide, auquel il fut soumis une nuit, étant ivre, il fut atteint d'un rhumatisme aigu qui dura six semaines. Deux ans plus tard, excès de travail, exposition à des courants d'air, le corps étant en sueur. Alors qu'il était dans ces mauvaises conditions depuis deux mois, apparurent du gonflement et des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes et dans les pieds. Les douleurs étaient comparables à celles de la brûlure. Calmées par le repos, elles reparaissaient avec une nouvelle intensité lorsqu'il marchait de nouveau. Les mains s'étant prises à leur tour, M. L. entra à l'hôpital où l'on nota ce qui suit :

Elargissement des articulations tibio-tarsiennes, de pression du cou de-pied, abaissement du pied, projection en dedans de l'astragale et de l'os naviculaire. Le tarse, à droite, mesure 10 pouces 3/4 et, à gauche, 1/4 de pouce de moins. La flexion et l'extension du pied sont possibles, mais imparfaites et s'accompagnent de crépitation articulaire. Dans la marche, le pied repose sur son bord externe. L'ascension des escaliers s'effectue assez facilement, mais la descente est irrégulière, brusque : on dirait que le malade a une jambe de bois. Modéré, l'exercice est avantageux ; exagéré, il exaspère les douleurs, surtout le lendemain. Un repos continu, pendant 5 ou 6 jours par exemple, est nuisible : les jointures deviennent si roides, au dire du malade, qu'il lui faut deux jours pour revenir à son état antérieur à la période de repos. Le temps humide est mauvais pour lui. Pendant six mois, on observa des exacerbations de 2 ou 3 jours, caractérisées par de la chaleur, de la douleur et du gonflement (Art. tibio-tarsiennes, art. des pieds), sans aucun trouble fonctionnel, du reste. — Douleurs rhumatismales erratiques (épaules, mains).

Traitement. L'hydriodate de potasse, durant près de 2 mois, n'a pas soulagé M. L. d'une manière sensible. En revanche, l'usage continu de l'électuaire des pensionnaires de Chelsea lui a rendu de réels services. Les liniments stimulants ont été parfois utiles. Il avait pour habitude d'envelopper les articulations tibio tarsiennes, soit avec des bandes de flanelle, soit avec de la ouate recouverte de taffetas gommé et maintenue par une bande. Afin de fortifier la santé générale, on conseille à M. L... d'aller sur les bords de la mer (1 août 1855). En septembre, l'amélioration était considérable ; l'ascension et la descente des escaliers se fait aisément et bien que les déformations et la crépitation persistent M. L... reprend ses occupations. Revu 12 ans après sa sortie de l'hôpital, M. L... a déclaré avoir toujours pu exercer son métier et ne plus éprouver qu'une sensation de faiblesse et de roideur dans les articulations tibio-tarsiennes et celles des pieds. (*Loc. cit.*, p. 256-262).

III. Lady K... Rhumatisme goutteux occupant les poignets, les mains et les genoux. Impossibilité de marcher, de jouer de la harpe ou de toucher du piano, occupations favorites de la malade. Santé générale indemne.

Traitement : Frictions, 3 fois par jour, avec l'onguent d'hydriodate de potasse ; à l'intérieur décoction et teinture de quinquina avec carbonate de soude et jus de citron à l'état d'effervescence. — Au bout de deux mois environ la guérison était presque complète : la malade marchait sans boiter et était capable de jouer de ses instruments de musique favoris. Il ne restait qu'une difformité légère, mais caractéristique, des doigts.

IV. *Arthrite rhumatismale, chronique, de l'articulation tibio-tarsienne, du tarse et de quelques autres articulations du pied droit; dilatation d'une bourse séreuse en avant de la jointure tibio-tarsienne.* — James Foley, 33 ans. Le pied droit, gonflé, mesurait un pouce et demi de plus que le gauche ; projection de son bord interne, correspondant à l'os naviculaire et au premier cunéiforme. Sur la partie la plus élevée du cou de-pied, immédiatement en avant de l'articulation tibio-tarsienne et derrière les tendons extenseurs, tumeur dure, inélastique, de la grosseur d'une noix, glissant sous le doigt et renfermant un corps étranger. Dépression du cou-de-pied. Mobilité médiocre de l'articulation médio-tarsienne. Déformation des orteils. L'articulation tibio-tarsienne, roide, mesurant un demi pouce de plus que celle du côté sain, donne de la crépitation dans les mouvements. — La marche était pénible ; le

(1) En face des faits de M. Drachmann, on pourrait en opposer un certain nombre où la réalité de l'endocardite n'est pas discutable (Voy. Charcot — *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, etc.*; p. 187 et B. Ball. — *Du rhumatisme viscéral*, p. 61, 121, etc.)

malade marchait sur le talon, portant le poids du corps autant que possible sur le bord externe. La descente des escaliers était difficile et douloureuse ; l'ascension s'effectuait facilement. Ainsi, avant d'entrer à l'hôpital, quand le malade avait à descendre un escalier, ayant un fardeau quelconque, il descendait à reculons. Les temps humides augmentent la douleur. J. F. souffre davantage lorsque la pluie doit tomber. Au lit nulle sensation désagréable. Aucune douleur dans les autres jointures.

L'articulation tibio-tarsienne droite est plus volumineuse que la gauche. La température du pied droit est plus élevée que celle du gauche surtout au niveau du cou-de-pied où il y a du gonflement. Au début, l'affection articulaire parut être une inflammation ordinaire et due à l'excès de travail ; mais le malade ayant continué à être exposé au froid et à l'humidité les traits caractéristiques de la maladie se sont manifestés.

Traitement. Purgatif ; 4 sangsues sur le cou de-pied droit ; elles ont coulé abondamment durant plusieurs heures. A la suite, diminution de la douleur et meilleur aspect du pied.

5 *mars.* Electuaire des pensionnaires de Chelsea ; frictions et applications d'onguent d'iodure de potassium sur l'articulation tibio-tarsienne et le pied. Après un mois de ce traitement, la douleur avait tout à fait disparu et le malade quitta l'hôpital. — A la date du 18 juin, l'amélioration avait continué. Toutefois, le malade dit qu'il a encore de la roideur lorsque, le matin, il commence à monter et à descendre les escaliers, mais que, quand il est à son travail depuis quelque temps, cette roideur s'en va. Chaque jour, ajoute-t-il, il récupère le libre usage de son pied.

27 *juillet.* La saillie due à la dilatation de la bourse séreuse a presque disparu. La circonférence du cou-de-pied a diminué d'un pouce par rapport à ce qu'elle était lors de l'admission à l'hôpital. La difformité caractéristique et la proéminence du scaphoïde et de l'os cunéiforme interne existent toujours, mais la configuration générale du pied est bien plus régulière, il est à peu près revenu à ses dimensions normales. (*Loc. cit.*, p. 419).

Pour compléter cette analyse nous allons reproduire les formules employées par M. Adams.

Electuaire des pensionnaires de Chelsez.

Gomme de gaiac	1 gr.	80
Poudre de rhubarbe	3	60
Poudre de crême de tartre (Bitartrate de potasse)	3	00
Fleur de soufre	30	00
Poudre de noix muscade	n° 1	00
Miel purifié	375	00

Une cuillerée à café matin et soir.

Liniments.

Teinture d'iode	30 gr.	80
Liniment camphré composé	60	00
Hydriodate de potasse (Iodure de potassium)	1 gr.	80
Liniment savonneux	30	00
Liniment savonneux	62	00
Acide hydrocyanique	3	60
Extrait de belladone	3	60

Fomentation.

Extrait de ciguë	1 gr.	80
— aqueux d'opium	1	80
— de belladone	1	80
Décoction de pavot blanc	500	00

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de chirurgie clinique par J. C. Félix GUYON, chirurgien de l'hôpital Necker. J. B. Baillère, éditeur.— 1878. (Suite.) (1)

II Dans la seconde partie de ses *Eléments de chirurgie clinique*, M. Guyon comprend : l'anesthésie chirurgicale, les principes généraux des opérations et les méthodes opératoires ; les opérations usuelles et la petite chirurgie. M. Guyon n'a pas consacré moins de 50 pages de son traité à l'étude de l'anesthésie. C'est un résumé très-remarquable et très-complet d'une méthode, qui, quoique déjà générale, est cependant assez récente et n'a pas encore été exposée didactiquement dans beaucoup de traités de chirurgie.

Il y a trente ans, Velpeau, traduisant en cela l'impression générale, pouvait écrire cette phrase : « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère, qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. » Dix ans ne s'étaient pas écoulés que le problème de l'anesthésie était complètement résolu et qu'aucun chirurgien ne pouvait plus refuser à ses opérés les bénéfices de la découverte.

L'auteur débute dans la question par un aperçu historique très-intéressant et très précis. Il a fait, dit-il, de larges emprunts au traité d'*Anesthésie chirurgicale* de M. Maurice Perrin. Les *breuvages* somnifères de Guy de Chauliac ; l'*odoration de Porta*, le haschich des Indéens, *la mandragore, les opiacées* de Sassard, chirurgien de la Charité en 1847 et de Demme : *la compression des troncs nerveux*, par James Moore en Angleterre, *la compression circulaire* des membres, par M. Liégard (de Caen), *la frigération*, par Larrey et Vulpian, l'*Ivresse alcoolique* tentée par Blandin et Percy, *le somnambulisme*, par Cloquet et l'*hypnotisme*, par Brown en 1829... telles sont les tentatives en faveur de l'anesthésie chirurgicale qui précédèrent le règne de l'éther et du chloroforme.

C'est seulement en 1847 que les propriétés stupéfiantes de l'éther donnèrent à Morton et à Jackson l'idée de les appliquer à la pratique des opérations chirurgicales. Flourens, le premier, expérimenta en France, le chloroforme chez les animaux ; mais ce fut Simpson, d'Edimbourg qui le premier, l'essaya sur l'homme le 10 novembre 1847.

Après un récit très-intéressant et très-utile des différentes phases de l'anesthésie, M. Guyon étudie les propriétés des agents anesthésiques : l'éther, l'amylène, le protoxyde d'azote, le chloroforme, et il expose les qualités nécessaires pour que leur usage soit sans danger et que leur action soit aussi précise que possible.

« Le chloroforme pur doit être neutre, et par conséquent ne doit pas rougir le papier bleu de tournesol ; s'il le décolore, c'est qu'il renferme une certaine proportion de chlore. Il ne doit pas précipiter par l'azotate d'argent, ni devenir opalin lorsqu'on le verse dans l'eau. Enfin, au contact d'une allumette le chloroforme ne s'enflamme pas. La présence d'une quantité notable d'éther ou même d'alcool pourrait seule lui communiquer cette propriété. Quelques gouttes de chloroforme versées dans la paume de la main ne doivent pas, après évaporation, laisser de résidu : autrement, il contiendrait des produits empyreumatiques. »

Quels sont les effets des anesthésiques ? Après avoir signalé les trois périodes observées par Longet et Flourens chez les animaux auxquels ils administraient le chloroforme, M. Guyon admet que chez l'homme on peut aussi distinguer trois périodes dans les effets du chloroforme : périodes d'excitation, d'insensibilité et de collapsus, mais cette succession offre moins de netteté que dans les expériences physiologiques. Puis, il étudie en détail l'action du chloroforme, sur l'intelligence, la sensibilité, la motricité, la respiration, la circulation et la calorification. D'après les recherches récentes de MM. Perrin et Bœckel pendant la durée de la chloroformisation, chez l'homme on observe un abaissement de température qui varie de 4 à 7 dixièmes de degré, tandis que chez les animaux le thermomètre peut descendre de 2 à 3 degrés.

Les anesthésiques agissent-ils en produisant l'anémie des centres nerveux (Cl. Bernard) ou par asphyxie en altérant le sang ? (déformation des globules de Harley et Samson ; combinaisons avec les globules analogues à celles de l'oxyde de carbone par de Gruby ; carbone du chloroforme s'unissant à l'oxygène du sang pour former de l'acide carbonique par Dethmold et Ozanam). Non, les anesthésiques exercent par l'intermédiaire de la circulation une action primitive et spéciale sur le système nerveux (expériences de Cl. Bernard, de Longet, de Perrin). Mais, le chloroforme est aussi, d'après Cl. Bernard, un poison du cœur : il en détermine l'arrêt ; d'où les syncopes fréquentes dans la chloroformisation. On pourrait donc, dit l'éminent physiologiste, se demander si le chloroforme ne serait pas formé de deux agents différents, l'un anesthésique, l'autre agissant comme poison du cœur. Si l'on arrivait jamais à séparer chimiquement ces deux agents, combien la pratique de l'anesthésie chirurgicale deviendrait plus facile et plus sûre !

Après l'exposé théorique du rôle et des effets du chloroforme, viennent des considérations très-pratiques sur les indications et les contre-indications des anesthésiques. Certaines névroses, l'alcoolisme, les affections du cœur et des poumons sont souvent une contre-indication. En résumé, quelles sont les règles de l'anesthésie, les accidents les plus fréquents, leurs causes et les moyens d'y remédier ?.... M. Guyon divise en trois classes les moyens qui peuvent servir à combattre les accidents chloroformiques. 1° Moyens qui agissent sur le système nerveux : stimulation par la flagellation de la face et du creux épigastrique, titillation de la luette, grattage du pharynx ; électricité, courants continus surtout (le pôle positif dans le rectum, le pôle négatif dans la bouche de manière à obtenir un courant ascendant (Legros et Onimus). 2° Moyens qui agissent sur la circulation : tête déclive ; suspension par les pieds, etc.. 3° Moyens qui agissent sur l'appareil respiratoire : attraction de la langue au dehors à l'aide d'une pince à pansement ; respiration artificielle, par les mouvements rhythmés du thorax et de l'abdomen, ou par l'électrisation des nerfs phréniques, ou par l'aspiration et l'insufflation pulmonaire.

Depuis qu'on emploie les anesthésiques, quelle a été leur influence sur la

(1) Voir le n° 16 du *Progrès Médical.*

statistique des opérations? D'après M. le professeur U. Trélat, la mortalité s'est abaissée de 1⁄5 environ.

La seconde partie du traité de chirurgie clinique contient encore un chapitre intitulé : *Principes généraux des opérations*. Quand faut-il opérer ? D'une façon générale, M. Guyon résout la question avec l'illustre Velpeau : « Il ne faut pas se demander si l'on guérit telle ou telle maladie sans opération, mais si on la guérit mieux, plus sûrement et avec une somme moindre de dangers pour la suite. » La solution est plus difficile dans les détails : Convient-il d'opérer une tumeur bénigne et par conséquent inoffensive ? Faut-il enlever les tumeurs malignes, c'est-à-dire susceptibles de récidive ? Doit-on amputer un membre ou en tenter la conservation dans les cas graves ? Peut-on enfin entreprendre une opération dans le but de remédier à une difformité, de faire cesser une gêne ou de satisfaire un désir ?.... Tels sont les différents points que traite l'auteur dans des articles spéciaux. Nous ne savons si tous les chirurgiens partageront l'opinion de M. Guyon au sujet des tumeurs bénignes. Evidemment, c'est le summum de la prudence chirurgicale de n'opérer une tumeur bénigne, qui ne cause aucune gêne au malade, que sur la demande formelle de celui-ci, et après lui avoir exposé tous les inconvénients de l'opération. Mais, en réalité, le chirurgien est-il dans la pratique toujours certain qu'il a affaire à une tumeur bénigne ? Lui est-il loisible d'attendre que le développement survienne ? Peut-il compter sur la sagesse de son malade, qui reviendra juste pour se faire opérer ? Il lui rendra, à notre avis, plutôt service en le préservant d'accidents toujours possibles par l'ablation de sa tumeur. Quand une tumeur est petite et l'opération peu dangereuse, qu'elle soit bénigne ou maligne, il faut, pensent avec raison certains maîtres, toujours opérer. A l'égard des tumeurs malignes, du cancer, par exemple, M. Guyon adopte la règle formulée par M. Broca : « que le traitement chirurgical des véritables cancers ne comporte que des opérations d'une gravité moyenne. »

Il serait bon à cet égard, pensons-nous, d'attirer l'attention sur les solutions nombreuses que peut fournir dans la pratique la connaissance exacte des variétés pathologiques, et. en particulier, les recherches microscopiques. Combien de tumeurs n'opère-t-on pas aujourd'hui à coup sûr qu'on considérait autrefois comme des cancers ?

Aux principes généraux des opérations, M. Guyon rattache les règles générales et les méthodes opératoires. Il divise les méthodes opératoires en quatre classes : 1° *Méthodes modificatrices* telles que : compression directe et indirecte, la dilatation, le broiement et l'écrasement sous-cutanés, l'électrisation, l'électro-puncture, les injections coagulatrices et substitutrices, la ligature des artères, etc... 2° les *Methodes destructives* : incisions par l'instrument tranchant ; méthode sous-cutanée ; écrasement linéaire ; divulsion ; cautérisation ; galvano-caustique chimique ; destruction des tumeurs par les injections interstitielles, le suc gastrique ; drainage chirurgical, etc... 3° *Méthodes réparatrices* : autoplastie ; greffe épidermique ; sutures, serre-fines ; etc... 4° *Méthodes conservatrices....*

Nous attirerons l'attention du lecteur surtout sur la galvano-caustique thermique et chimique, et sur la greffe épidermique.

Galvano-caustique thermique. — C'est Middeldorpf qui, en 1852, a établi les bases de la méthode dite galvano-caustique thermique et a inventé les instruments qui en rendent l'application pratique. Les avantages principaux du galvano-cautère sont de conserver la température élevée au milieu des tissus parceque la source du calorique agit d'une façon constante, en outre, le cautère rayonne peu. . Lorsqu'on pousse jusqu'au blanc, le fil et le couteau coupent comme le bistouri, et les bords de la section ne présentent pas de traces notables d'escharification ; les vaisseaux restent béants comme après la section par le bistouri, au contraire, si l'on se contente de rougir le cautère, la section s'opère néanmoins, mais les rebords sont recouverts d'un escharre de 1⁄2 à 1^{mm}, et les vaisseaux sont oblitérés.

La nouvelle méthode pour se généraliser a cependant de grands progrès encore à accomplir. C'est surtout la perfection des appareils qu'il faut réaliser. Les piles sont compliquées, lourdes, difficiles à transporter et se dérangent souvent. Il faut obtenir, croyons-nous, un courant d'une faible tension, mais d'une grande intensité et pouvant produire un développement considérable de chaleur. Or, cette intensité et ce pouvoir calorifique sont plutôt en rapport avec la surface des couples qu'avec leur nombre. Multiplier la surface des couples sans en augmenter le volume et le poids, telle est la solution à chercher pour les inventeurs.

La galvanocaustique a surtout été employée pour l'ablation de tumeurs, d'un accès difficile ou occupant des organes très-vasculaires : cancers du col utérin, de la langue, des amygdales, tumeurs érectiles, cancers de la verge, etc... Schwartze a appliqué la galvanocaustique aux tumeurs de l'oreille moyenne, Voltlini aux polypes du larynx et du pharynx ; M. Verneuil a pratiqué la trachéotomie, etc....

La galvano-caustique chimique ou *électrolyse* peut être un jour appelée à rendre de grands services au chirurgien ; mais là encore, il faut perfectionner les appareils. On sait, d'après les découvertes de Davy, Prevost et Dumas, que lorsqu'on enfonce le pôle positif d'une pile dans les tissus animaux, il se dégage de l'hydrogène et les acides se rendent à ce pôle où, ils ne tardent pas à former *une escharre sèche et dure* analogue à celle que produit l'acide sulfurique... Si, au contraire, c'est le pôle négatif qui, est en contact avec les tissus, comme ce sont les alcalis qui se rendent au pôle négatif, on obtient *une escharre molle* rappelant celle de la potasse caustique.

En raison de ses propriétés, on empêche l'action du pôle positif sur les tissus à l'aide d'une disposition spéciale et le pôle négatif cautérise seul. Les appareils de Gaiffe et Onimus sont les mieux construits pour atteindre le but. C'est à Ciniselli (1860) que revient l'honneur d'avoir institué la méthode électrolytique : plus tard, Nélaton osa le premier l'appliquer à de volumineuses tumeurs, les polypes naso-pharyngiens qu'il détruisit ainsi peu à peu ; Scoutetten et surtout Althaus ont depuis constitué et établi les règles de la méthode. Auparavant, M. Broca avait employé l'électrolyse pour amener la formation d'un caillot dans les sacs anévrysmaux.

La greffe épidermique est une des innovations récentes les plus heureuses de la chirurgie contemporaine. M. Reverdin, de Genève, alors interne de M. Guyon, en 1871, inventa ce procédé de réparation. Il consiste à enlever les parties les plus superficielles du tégument (l'épiderme et la couche muqueuse de Malpighi) dans une étendue de 2 à 4^{mm} carrés et à les transplanter sur une plaie bourgeonnante. Il faut être prévenu que si la plaie est saignante ou les bourgeons de mauvaise nature la greffe prend difficilement. En faisant un petit semis de petits lambeaux épidermiques tous les 2 ou 3 centimètres, cela suffit pour hâter la cicatrisation. Chaque îlot épidermique est le point de départ d'une prolifération épidermique très-active, qui ne tarde pas à marcher vers la périphérie et à se confondre avec le liseré cicatriciel. Il existe entre ces deux parties une véritable attraction. La cicatrice des greffes épidermiques est excessivement adhérente. En raison de son peu de rétractilité elle a été appliquée très-avantageusement dans certaines autoplasties : la réparation des paupières, la syndactylie, etc.,.

III. *Traitement des blessés et des opérés.* La troisième partie des éléments de chirurgie clinique renferme une étude rarement traitée dans les ouvrages de pathologie chirurgicale : celle de l'hygiène hospitalière et du traitement médical des opérés. Ces questions sont, d'ordinaire, abandonnées aux ouvrages de pathologie générale. Les tendances actuelles de la chirurgie ne permettaient plus de laisser ignorer aux élèves qui débutent, les grands principes de l'hygiène, spéciaux aux chirurgiens. M. Guyon a compris cette nécessité, il a fait sur ce sujet une étude originale et très-remarquable. Les découvertes de Pasteur et Tyndall ont démontré la présence dans l'air d'organismes microscopiques qui agissent comme ferments et jouent probablement un grand rôle dans la marche des plaies et les maladies des blessés et des opérés. Si les preuves directes de cette action malfaisante sur les plaies manquent encore, l'inefficacité d'un traitement purement local dans la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, l'érésypèle, etc... et d'un autre côté les résultats heureux dus aux bonnes conditions hygiéniques, et aux fréquents changements d'air. Ces succès merveilleux du pansement ouaté n'indiquent-ils pas l'origine véritable du danger, et les moyens à employer

pour le combattre ?... Animé de ces idées, M. Guyon, à propos du traitement des blessés et des opérés, commence par exposer les règles de l'hygiène hospitalière. Quelles sont les causes de la viciation de l'air, les sources de l'imprégnation hospitalière ? Quelles sont les conditions hygiéniques à observer dans l'édification des hôpitaux ? Position, configuration, capacité, distribution intérieure, aération, chauffage, ventilation tentes, baraques, etc... Tels sont les points principaux que l'auteur expose avec détails, démontrant comment on peut appliquer aux hôpitaux ces règles de l'hygiène moderne en utilisant les progrès réalisés de nos jours dans l'art des constructions.

Après le traitement général des blessés, vient naturellement le traitement local. M. Guyon a divisé les pansements en quatre espèces: 1° *pansements préventifs*: réunions immédiates, leurs indications et leurs dangers. 2° *pansements préservateurs*: alcool, perchlorure de fer, divers modes d'occlusion. 3° *pansements modificateurs:* eau froide, irrigation continue, glace, emploi de la chaleur, incubation, pommades, teintures, bains locaux et généraux, etc... 4° *pansements protecteurs*: cérat, glycérine, charpie, ouate, etc... Ce mode de division est particulier à l'auteur. Il a le mérite d'être peu compliqué, et de répondre assez bien aux idées qu'on se fait aujourd'hui sur l'action des médicaments utilisés dans les pansements des plaies.

La fin du chapitre traite *des bandages et des appareils.* M. Delens qui l'a rédigé n'a décrit avec raison que les bandages et les appareils les plus usités aujourd'hui. Il a donc négligé une foule de bandages et d'appareils anciens, qui encombrent inutilement l'arsenal chirurgical et en font une place de guerre aussi effrayante qu'inabordable. On y trouvera les descriptions très-claires et assez détaillées de quelques appareils nouveaux : appareil hamac de Scoutetten, appareil américain, appareil de Hennequin, appareils modelés en toiles métalliques de Sarrazin, appareils à attelles de zinc de Champenois ; lits mécaniques, matelas hydrostatiques, etc...

Nous avons fait une étude un peu longue peut-être, du *Traité de chirurgie clinique*, mais nous espérons avoir démontré que l'ouvrage de M. Guyon est vraiment remarquable, qu'il devient désormais indispensable à l'élève, et que le praticien lui-même pourra le consulter avec fruit.

H. DURET.

De la névropathie cérébro-cardiaque, par le Dr KRISHABER. Vol. in-8° de 256 pages. Paris, 1873, G. Masson, éditeur.

« Un individu est pris au milieu d'une occupation quelconque et sans aucun épiphénomène, d'une sensation particulière à la tête « comme une bouffée ou un flot qui monte ; » instantanément il survient de l'*obnubilation des sens*, des *bourdonnements d oreille*, de la *photophobie*, en même temps qu'une *angoisse* à la région du *cœur* accompagnée de *palpitations*, d'un malaise excessif et d'une impressionnabilité générale. Simultanément, ou quelques moments après, apparaissent des *vertiges*, de la *titubation* et quelquefois de la *paraplégie*; le malade tombe alors ; mais il arrive qu'au lieu d'être paralysé, il éprouve une *agitation* extrême qui le pousse à marcher malgré lui. — Quelquefois il se produit au même moment de la *défaillance* ou une *syncope*.

Les premiers phénomènes s'amendent quelque peu, mais ils reparaissent le même jour ou le lendemain, et en tout cas, peu de jours après, avec plus de violence et sans que les premiers symptômes aient complétement disparu dans l'intervalle.

Les accès se répètent ensuite à des distances de moins en moins éloignées, et, au bout de peu de jours, les symptômes deviennent continus. » Aux phénomènes précédents s'ajoutent à des degrés variables suivant les cas, des *insomnies*, des *cauchemars* qui paraissent en rapport avec l'intensité des symptômes cardiaques; des sensations d'*ivresse*; des *perversions de l'intelligence et des sens* ; puis des *névralgies* multiples, et en particulier des douleurs dans la région de l'oreille, surtout des douleurs à la région cardiaque, douleurs qui se manifestent quelquefois seulement par un sentiment de *strangulation*, mais d'autres fois affectent la forme de l'*angine de poitrine* la mieux caractérisée; enfin des troubles *circulatoires* plus ou moins graves (palpitations, syncopes), quelquefois de la dyspnée, une toux nerveuse et des troubles de la *voix*.

Ces symptômes, après avoir été permanents, ne se présentent plus ensuite que par accès, et finissent par disparaître complétement après une durée qui dépasse rarement 2 à 4 ans. Les rechutes sont rares mais possibles.

Tel est dans ses caractères principaux, le complexus morbide auquel M. Krishaber a donné le nom de *névropathie cérébro cardiaque.*

Cette maladie est d'ailleurs assez mal définie, et malgré les éléments que donne l'auteur pour la différencier d'autres affections, il en est plusieurs qui ont dû être et qui seront encore probablement plus d'une fois, confondues avec elle ; — telles sont l'hypochondrie et même certaines formes d'aliénation, la pseudomonomanie, entre autres ; l'hystérie, la chlorose, peut-être l'épilepsie : certaines affections organiques du cerveau et de la moelle, le *vertigo ab aure læsa* et le *vertige à stomaco læso*, l'angine de poitrine.

Encore, en disant qu'au point de vue clinique, la *névropathie cérébro-cardiaque* est difficile à diagnostiquer, je ne voudrais pas laisser croire qu'au point de vue nosologique elle soit parfaitement délimitée. Dans son chapitre de physiologie pathologique, M. Krishaber discute les conditions qui déterminent la production des phénomènes caractéristiques de cette maladie. Il en fait une névrose et il admet qu'elle a pour point de départ une excitation du système nerveux central. Certains symptômes résulteraient directement de cette excitation ; d'autres seraient le fait de l'anémie locale consécutive à la contraction des petits vaisseaux de l'encéphale.

L'examen des circonstances dans lesquelles se développent la maladie et des résultats du traitement semblerait donner une confirmation aux vues de M. Krishaber. En effet, c'est le plus souvent à la suite d'émotions vives et répétées, de travaux intellectuels très-fatigants, quelquefois d'excès en tous genres, que se montre la maladie ; les excitants ont toujours paru nuisibles, et au contraire, les malades se sont en général bien trouvés des antispasmodiques.

Malgré cela, et après avoir lu les 38 observations sur lesquelles s'appuie M. Krishaber, nous croyons devoir faire quelques réserves sur cette nouvelle entité morbide et nous pensons que l'on doit attendre de nouveaux faits, avant d'adopter complétement cette conclusion de l'auteur : « Il est devenu incontestable pour moi, dit M. Krishaber, qu'au point de vue de la symptomatologie et du pronostic comme à celui de la physiologie pathologique, l'affection que je décris a des caractères tellement tranchés qu'il sera aisé à tout observateur de la reconnaître, et je ne doute pas que des observations nombreuses ne viennent de toutes parts se ranger autour de celles contenues dans ce livre. »

A. SEVESTRE.

PHARMACOLOGIE

Potion contre le rhumatisme articulaire aigu.

Voici la formule de la potion que M. Martineau, administre dans le traitement du rhumatisme par le chlorhydrate d'ammoniaque:

Eau de tilleul...............	100 grammes.
Eau de menthe..............	40 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	50 centigrammes.
Sirop d'écorces d'orange........	40 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures. (*Lyon médical*).

Topiques arsenicaux; modifications apportées à leurs formules, par M. le Dr CANQUOIN, (de Dijon).

M. Canquoin expose ainsi qu'il suit les modifications qu'il a fait subir aux formules de ses prédécesseurs dans un tableau comparatif ou l'ancienne formule est suivie de celle que l'expérience lui a fait préférer. (*Journal de Méd. et de Ch. prat.*),

Poudre Rousselot.

Sang dragon et cinabre, de chaque 32 grammes; arsenic blanc 4 grammes.

Modification :	Sang dragon.........	44 grammes.
	Cinabre..............	20 gr.
	Arsenic blanc........	4 gr.

Poudre du Frère Come.

Cinabre 32 grammes ; sang-dragon 8 grammes ; arsenic blanc 4 grammes ; poudre de savate brûlée 4 grammes.

Modification :	Cinabre.............	14 grammes.
	Sang dragon........	30 gr.
	Arsenic blanc.......	4 gr.

Poudre de A. Dubois.

Sang dragon, 32 grammes ; cinabre 16 grammes ; arsenic blanc 2 grammes.

Modification : Inutile, cette formule adoptée par Patrix étant bonne pour les cas légers et d'une application peu douloureuse.

Poudre de Dupuytren.

Calomel, 48 grammes ; arsenic blanc 2 grammes.

Modification :	Calomel............	40 grammes.
	Arsenic blanc........	2 gr.
	Sang dragon........	8 gr.

Poudre du docteur Mause.

Acide arsénieux, 1 partie ; sulfure rouge de mercure, 6 parties ; éponge calcinée, 3 parties.

Modification :	Acide arsénieux.........	1 partie.
	Sulfure rouge de mercure.	3 parties.
	Sang dragon............	6 parties.

Enseignement médical libre.

Accouchements. — M. le Dr VERRIER reprendra son cours d'accouchements et de manœuvres le lundi 13 octobre, à 3 heures, à son amphithéâtre, 29, rue Monsieur-le-Prince. Leçons tous les jours, les mercredis exceptés. Policlinique sans frais supplémentaires. On s'inscrit, 39, rue Monsieur-le-Prince, chez le concierge.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — Du 20 au 26 septembre, 951 décès, soit de plus que la semaine précédente. Rougeole, 3 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 40 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë, 35 ; — pneumonie, 33 ; — dyssentérie, 9 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 33 ; — choléra nostras (?), 88 ; angine couenneuse, 11 ; — croup, 9 ; — affections puerpérales, 4.

LYON. Du 8 au 21 septembre, 317 décès. Fièvres continues, 25 ; — bronchite aiguë, 10 ; — pneumonie, 13 ; — dyssentérie, 12 ; — diarrhée, 39 ; — cholérine, 6.

BRUXELLES (185,000 hab.). Du 14 au 20 septembre, 96 décès. Entérite et diarrhée, 21 ; — fièvre typhoïde, 0.

LONDRES. Du 7 au 13 septembre, 1,319 décès. Fièvre typhoïde, 14 ; — diarrhée, 162 ; — choléra nostras, 13.

CHOLÉRA. — *Autriche.* — Vienne, 25 septembre. Cette semaine a été marquée par une rapide diminution de l'épidémie, qui aurait été beaucoup plus sensible sans une nouvelle explosion du choléra dans une partie limitée de la ville. Tandis qu'ailleurs il tend à sa fin, le fléau a repris une plus grande intensité dans une partie du IVe district et dans le Xe, comptant 20,000 habitants ; bien qu'il soit nouvellement bâti de maisons bien saines et bien pourvu d'égoûts, ce dernier a fourni le plus grand nombre de cas de cette semaine. Voici le nombre des cas nouveaux : le 17, 41 ; le 19, 42 ; le 20, 48 ; le 21, 42 ; le 22, 28 ; le 23, 48 ; le 24, 29. La mortalité est à peine de 40 0/0. Il importe d'arrêter au plutôt cette reprise pour éviter une recrudescence vraisemblable du choléra dans Vienne et dans les faubourgs où il a été d'une bénignité étonnante depuis le début. Dans la province, l'épidémie ne fait aucun progrès, et on ne note çà et là que des cas isolés. Un grand nombre de foyers cholériques ont cessé d'être ; l'épidémie ne persiste que dans les districts de Baden, de Bruck sur la Leitha et de Wr Neustadt ; où les fabriques abondent, gagnant toujours de nouveaux établissements mais sans faire de bien grands ravages. (*Wiener med. Wochenschrift*).

Prusse. — Gouvernement de *Postdam.* Du 11 au 17 août : cas anciens 44 ; cas nouveaux 226 ; décès 139 ; guéris 43 ; en traitement 45. — Ville de Postdam : Cas nouveaux 12 ; décès 6 : guéris 2 ; en traitement 4.

Berlin. — Jusqu'au 4 septembre, 347 cas de choléra. Du 5 au 6 septembre, il s'en est déclaré 203. — Total . 550.

69 guérisons, 361 décés, 120 en traitement.

Gouvernement de *Francfort-sur-l'Oder.* — Du 9 au 16 août ; Cas anciens 7 ; cas nouveaux 34 ; décès 20 ; guéris 6 ; en traitement 15.

Gouvernement de *Breslau.* — Du 13 au 19 août : Cas anciens 31 ; nouveaux 80 ; décès 27 ; guéris 41 ; restent 63.

Gouvernement de *Magdeburg.* — Début le 1er août. Bukeau (9,800 habitants) : Cas nouveaux 99 ; décès 16 ; guéris 22 ; en traitement 61. — Neustadt (22,000 habitants) : Cas nouveaux 539 ; décès 150 ; guéris 213 ; en traitement 176.

Province de *Lunebourg.* — Du 12 au 19 août : Cas anciens, 22 ; cas nouveaux 57 ; décès 37 ; guéris 13 ; en traitement, 29.

FRANCE. — *Caen,* — Depuis le commencement de l'épidémie, il y a eu à l'Hôtel-Dieu 36 décès sur 53 cas de choléra. Parmi les malades occupant primitivement l'hôpital, 6 on 7 ont été atteints par l'épidémie et 5 sont décédés. On estime à 200 environ le nombre des cholériques de la ville et des campagnes environnantes. Les individus misérables, affaiblis ou adonnés aux excès, ont fourni surtout les victimes. Depuis la semaine dernière, l'épidémie décroît rapidement.

Paris. Hôpital Lariboisière. Du 24 septembre au 1er octobre, 8 cas nouveaux, dont 2 intérieurs ; 7 morts. Total depuis le 5 septembre, 62 cas, dont 22 interieurs ; 41 décès.

Hôpital St-Louis. Le 27, cas nouveau, femme qui meurt dans la journée ; — le 28, entre le fils de la malade précédente qui succombe également.

Hôpital Saint-Antoine. — Deux cas de choléra, — 1 homme, 1 femme, — 1 décès.

Hôtel-Dieu — Hommes : en traitement au 25 septembre, 2 ; rentrés, 7 (dont intérieurs). total : 9, dont 2 décès. — Femmes : aucun cas nouveau.

Aucun cas nouveau à la Salpêtrière, à la Pitié et à la Charité.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL. La session de 1875 aura lieu à *Bruxelles.*

HOPITAL POUR LES ÉPILEPTIQUES. — M. le préfet du Rhône vient de nommer une commission chargée d'étudier les moyens d'établir dans le département un hospice pour les épileptiques. (*Lyon médical*).

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE LYON. — Le concours pour une place de professeur suppléant de matière médicale et de thérapeutique (voir p. 126), vient de se terminer par la nomination de M. Bergeon.

CONCOURS pour une place de chirurgien suppléant du service de la Maternité à l'Hôtel-Dieu de Nantes et pour une place de médecin suppléant des hospices. Le 1er de ces concours aura lieu le 17 novembre. Parmi les conditions imposées est la suivante : Avoir deux ans d'exercice en qualité de docteur dans le département de la Loire-Inférieure ou trois ans dans un autre département. Cette mesure est un peu sévère. Si, quoique plus jeune, un candidat fait de meilleures épreuves que ses concurrents, pourquoi l'écarter ? D'autre part c'est éloigner les anciens internes des hôpitaux de Paris qui, faisant des études plus longues que la généralité, se trouvent plus tard en arrière de ceux qui ont passé leur thèse de bonne heure. — Epreuves : composition écrite, — clinique orale, — consultation écrite. De plus pour le chirurgien, épreuve de médecine opératoire.

— Concours pour une place de chef des travaux anatomiques à Lyon, le 4 novembre. On s'inscrit jusqu'au 20 octobre. — Concours pour une place de prosecteur et d'aide prosecteur, à Lyon le 10 novembre. — S'adresser pour de plus amples renseignements au secrétariat de l'Ecole, rue de la Barre, à Lyon.

— Un concours pour une place de prosecteur s'ouvrira à Alger le 3 novembre. Durée des fonctions, trois ans ; 600 fr. par an. Epreuves : deux préparations fraîches d'anatomie. — Une préparation et un exercice d'anatomie microscopique.

ECOLES DE MÉDECINE POUR LES FEMMES. Il existe aux Etats-Unis deux écoles de médecine pour les femmes ; l'une à New-York (*Woman's medical college of the New-York Infirmary*), l'autre à Philadelphie (*Woman's medical College of Pensylvania*) ; cette dernière annonce l'ouverture de sa 28e session.

SOCIÉTÉ des médecins des bureaux de bienfaisance. Cette société reprend ses séances le mercredi 8 octobre à 8 heures du soir (Mairie du Louvre, place Saint-Germain l'Auxerrois).

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *6, Rue des Écoles.*

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpêtrière recueillies par BOURNEVILLE. IIe série, 1er fascicule: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8° de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr; pour les ABONNÉS du *Progrès médical* 1 fr. 15 franco.

MARSILLACH (J.). El Relampgo medico. Tome III, fasc. 1.

Librairie J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19

DEMARÇUAY (J. N.) De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie. In 32 de VIII — 328 pages avec 4 planches comprenant 16 figures lithographiées et chromo-lithographiées, 16. fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nº 18 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 11 OCTOBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.*)*

CLINIQUE MÉDICALE.

Notes sur trois cas de tuberculose dont le diagnostic offrant des difficultés particulières n'a pu être fait.

Par le docteur **R. LÉPINE**, chef de clinique.

Les trois observations qui suivent n'ont de commun entre elles que l'existence d'une tuberculose qui ne s'est pas révélée par ses symptômes habituels (obs. 2 et 3) ou qui a été masquée par une autre maladie (affection calculeuse du foie obs. 1). Je crois utile de les publier ; car on ne saurait trop attirer l'attention sur les caractères insidieux que revêt souvent la tuberculose. Cette maladie, dans la clinique, joue le rôle du Protée de la Fable, il n'est pas un médecin qui ne s'y soit laissé tromper, et si chacun publiait ses erreurs, on aurait bientôt des matériaux suffisants pour un travail d'ensemble. Ce chapitre de diagnostic, si je ne m'abuse, serait riche en surprises ; il ne manquerait ni de points de vue intéressants ni de remarques utiles. En attendant qu'une telle œuvre soit commencée, j'y apporte d'avance une modeste contribution.

OBSERVATION I. — *Calculs biliaires; cholécystite chronique. dilatation des voies biliaires; ictère noir par rétention de la bile. Pneumonie caséeuse double; pleurésie droite chronique. Tuberculose miliaire généralisée (rate, reins, péritoine, œsophage, etc.)*

Marie B....., âgée de soixante ans, entre dans les derniers jours à la clinique de M. le professeur Sée. Ce qui frappe à la vue de cette femme, c'est une coloration ictérique des plus foncées répandue sur toute la surface du corps et présentant en certaines régions une coloration tirant sur le brun, ressemblant à la teinte de la maladie bronzée, tandis que sur presque toute l'étendue de la peau, elle est d'un beau vert foncé, presque noir ; cette dernière teinte est surtout prononcée à la face, au cou et au thorax ; les mains, les avant-bras sont plutôt bruns. Les conjonctives sont d'un beau jaune. Nulle part les muqueuses ne présentent aucune trace de pigmentation.

Cette femme raconte qu'elle s'est aperçue depuis dix huit mois qu'elle jaunissait. Il y a plus d'une vingtaine d'années, elle a déjà eu un ictère à la suite d'une frayeur ; cet ictère n'a pas duré longtemps ; puis, depuis quelques années, elle a eu à plusieurs reprises des crises douloureuses qu'elle décrit assez bien et qui paraissent devoir être considérées comme des coliques hépatiques. C'est à la suite d'un accès semblable au précédent qu'elle s'est aperçue, il y a dix-huit mois, d'un commencement d'ictère qui, depuis, n'a jamais disparu et a au contraire augmenté sans cesse.

Cette femme est très-maigre ; elle paraît à cause de cela plus âgée qu'elle n'est réellement ; elle dit que depuis plusieurs mois elle n'a aucun goût pour les aliments, notamment pour la viande ; elle n'a jamais eu de vomissements, les matières fécales sont, dit-elle, décolorées ; pas d'épistaxis. A l'examen physique, pas d'augmentation de volume du foie, ni de la rate ; rien d'anormal à la palpation du ventre ; matité et voussure de la moitié inférieure du thorax du côté droit ; abolition du murmure et souffle ; pas d'expectoration ; elle accuse à ce niveau une douleur plutôt sourde que vive. La ponction donne issue à environ cinq cents grammes de sérosité jaune dans laquelle l'acide azotique démontre l'existence d'une notable proportion de biliverdine. Le jour de l'entrée, et pendant une période de quelques jours, l'urine traitée par l'acide azotique n'a pas paru renfermer de biliverdine (celle-ci n'a été bien nettement constatée dans l'urine que pendant les trois dernières semaines de la vie).

Les jours qui ont suivi la ponction, le liquide s'est reproduit *en partie* seulement ; à l'auscultation des deux sommets on n'a jamais perçu qu'une respiration parfois un peu rude au sommet droit en arrière, et quelques petits râles sans caractère particulier.

Pendant trois semaines environ, l'état de la malade était satisfaisant ; elle mangeait et buvait un litre de lait par jour ; puis, sans cause appréciable, elle a été prise d'accès irréguliers de fièvre, *non précédés* de frissons. Pendant une quinzaine de jours, les accès n'ont pas manqué chaque jour, mais leur intensité était très-variable, puis l'amaigrissement a fait de nouveaux progrès ; l'état cachectique s'est accusé davantage et la malade a succombé le 16 juin. Durant son séjour on avait constaté la diminution de l'ictère, bien que la biliverdine dans les derniers temps ait reparu dans l'urine.

AUTOPSIE. — Coloration ictérique très-prononcée de la face et des conjonctives, ainsi que de la partie supérieure du corps ; elle est moindre à la partie inférieure et aux membres ; très-léger œdème des membres inférieurs. Petites taches ecchymotiques sur la face interne et externe des cuisses avec léger soulèvement épidermique. Emaciation générale très-considé-

rable. Les muscles sont pâles et très-grêles, les cartilages costaux ne sont pas très-incrustés de sels calcaires; les côtes sont très-ramollies.

Le péricarde contient quelques gouttes de sérosité verte. Le cœur est petit; les cavités droites sont remplies de caillots; les orifices ainsi que l'endocarde, sont parfaitement sains.

Le poumon gauche, un peu emphysémateux, crépite dans toute son étendue; dans sa partie postérieure, il présente un bon nombre de petites masses lobulaires, blanches-verdâtres, dures (pneumonie caséeuse); une d'elles, la plus grosse, est creusée d'une caverne qui n'atteint pas le volume d'une noisette. La plèvre est recouverte d'un certain nombre de granulations bien nettes.

Le poumon droit offre les mêmes lésions, un peu plus avancées; de plus, surtout dans sa partie inférieure, il crépite mal, il est nettement affaissé. La plèvre pariétale du côté droit, surtout dans sa partie diaphragmatique et médiastine est très-épaissie. A la face inférieure du diaphragme, entre les faisceaux tendineux, on découvre des granulations assez grosses et très nettes, on en rencontre aussi manifestement dans les fausses membranes qui recouvrent la face supérieure du diaphragme. Le poumon adhère à la plèvre pariétale par des fausses membranes assez molles formant des loges incomplètes dans lesquelles se trouve un litre de liquide vert, très-louche.

La rate a 18 centimètres de longueur, est très-molle à la coupe, présente sur la séreuse quelques granulations tuberculeuses. L'épiploon ne renferme point de graisse dans ses mailles; le mésocolon est le siége de granulations tuberculeuses très-dures, fibreuses, de couleur jaune verdâtre et du volume d'un grain de millet. La cavité péritonéale renferme deux litres de sérosité verte.

Les reins ont un volume normal; leur capsule n'est pas adhérente; sous elle on rencontre quelques rares tubercules entourés d'un petit cercle ecchymotique; la substance corticale est molle. — *Capsules surrénales* saines.

Le foie n'est pas augmenté de volume; il est un peu ramolli par un commencement d'altération cadavérique. Les acini, de couleur jaune, sont gris et irréguliers; leur périphérie est verte; à la coupe on trouve les canaux biliaires dilatés renfermant une bile jaune, épaisse comme de la boue, à cause de la présence d'une sorte de sable formé par des calculs biliaires très-petits. Coupé en tranches fines, le parenchyme hépatique ne laisse voir nulle part des abcès biliaires.

Le canal hépatique, très-dilaté, donne facilement passage à l'index; il s'abouche obliquement dans le conduit cystique également dilaté, lequel communique par un orifice de 3 à 4 millimètres de diamètre avec l'intérieur de la vésicule qui, de la dimension d'une petite noix, est remplie par un gros calcul et par un grand nombre de petits calculs du volume d'une petite tête d'épingle et friables.

Le *canal cholédoque* donne facilement passage au pouce; il renferme à sa terminaison un gros calcul qui fait saillie dans le duodénum, à travers la paroi de l'intestin et qui n'a pu dilater la terminaison du canal cholédoque au niveau de l'ampoule de Vater. La muqueuse digestive est saine; le rectum présente sur sa séreuse quelques granulations tuberculeuses; il en existe aussi sur la séreuse utérine. Dans l'épaisseur de la tunique musculeuse de l'œsophage, on trouve quatre ou cinq granulations des plus nettes.

L'observation précédente nous paraît offrir quelque intérêt à divers points de vue :

Quant à l'affection calculeuse, le diagnostic ne pouvait guère être douteux, car la malade renseignait très-nettement sur ses attaques antérieures de colique hépatique. En présence d'un ictère chronique, ce renseignement avait une grande valeur.

L'intensité de la coloration ictérique était remarquable; il faut l'attribuer sans doute principalement à la longue durée de cet ictère : de plus, d'après M. Sée, l'ictère noir serait moins rare chez les vieillards que chez les jeunes sujets. On ne pouvait d'ailleurs songer à la coïncidence d'une maladie d'Addisson et l'autopsie en montrant l'intégrité des capsules surrénales a éloigné les derniers doutes qui auraient pu subsister.

La bile, pendant la longue durée de la coloration ictérique de la peau, a cependant dû couler en partie dans l'intestin; car, pendant une période assez longue on n'a pu trouver de matière colorante de la bile dans l'urine. Précisément pendant cette période, le liquide de la pleurésie en contenait en abondance, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque l'épanchement pleurétique s'était fait antérieurement. L'intégrité des reins est à noter; il est probable que, s'ils avaient été malades, la vie aurait été plus tôt menacée par l'ictère.

Vu la rareté de la pleurésie chez le vieillard, on s'est posé la question de savoir si elle ne pourrait pas dépendre d'un état inflammatoire qui se serait propagé du foie à travers le diaphragme; mais cette idée émise, à titre d'hypothèse, n'a pas semblé devoir être accueillie, d'abord parce qu'une semblable propagation n'est pas chose commune, et ensuite parce qu'il n'y avait point de signe évident d'une inflammation hépatique ou même péri-hépatique. En fait, on n'a pas soupçonné la nature tuberculeuse de cette pleurésie, pas plus qu'on n'a soupçonné l'existence de la tuberculose généralisée. Les productions tuberculo-caséeuses des sommets se sont développées sans qu'il ait été possible de les reconnaître. Cette femme ne toussait et ne crachait pas; elle n'a jamais accusé de douleurs dans les parties supérieures de la poitrine; elle a été auscultée avec soin nombre de fois, surtout dans les premiers mois de son séjour, mais pour une raison qui nous échappe (peut-être, en partie, à cause d'un certain degré d'emphysème des poumons), aucun signe physique caractéristique n'a mis en éveil sur l'état des sommets. La tuberculose pulmonaire restant ignorée, la tuberculose généralisée n'a pu évidemment être soupçonnée.

La fièvre qui, sans doute, reconnaissait pour cause la tuberculose a été rapportée à l'existence d'une cholécystite. Sous ce rapport les caractères de la fièvre laissaient peut-être quelque chose à désirer; les frissons chez notre malade étaient *beaucoup* moins accusés qu'ils ne sont d'ordinaire dans la cholécystite. Grâce à M. Charcot (voyez thèse de Magnin, Paris 1869) nous n'ignorons pas ce caractère de la fièvre symptomatique de l'angio-cholite calculeuse, et nous avons bien remarqué que notre malade était loin d'en réaliser le type; mais nous avons cru avoir affaire à un cas exceptionnel sous ce rapport. En fait, l'autopsie a montré qu'il n'y avait pas d'angio-cholite suppurative, ni d'abcès biliaires.

Je n'ai rien à dire de la tuberculose miliaire qui n'a rien présenté de particulier, sauf la présence de quelques granulations dans les tuniques de l'œsophage (1). (*A suivre*).

HISTOLOGIE NORMALE

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. RANVIER

Des ganglions lymphatiques (2).

Leçons recueillies par le Dr WEBER.

Etude expérimentale des ganglions.

3. *Substance folliculaire.* La substance folliculaire se compose des follicules dont nous avons déjà parlé, et qui se trouvent dans la couche corticale entre les sinus, et des cordons folliculaires qui se trouvent dans la couche médullaire entre les conduits lymphatiques. — Sur les coupes, on voit souvent des cordons folliculaires se continuer avec des follicules, de telle sorte que l'ensemble aurait la forme d'un canal plus ou moins contourné terminé en ampoule à la périphérie; mais comme les cordons folliculaires sont sinueux et se recourbent dans les directions les plus variées, on ne peut pas toujours apercevoir sur des coupes le point où ils se continuent avec un follicule, de sorte que l'on ne peut pas

(1) Ce travail a été communiqué à la *Société anatomique*.
(2) Voir les nos 3, 4, 9, 13 et 16 du *Progrès médical*.

dire avec certitude si tous les cordons folliculaires correspondent à des follicules, ou s'il y en a d'autres encore qui n'ont aucun rapport avec ces derniers. — Le plus probable, c'est que tout le système des cordons folliculaires est en rapport de continuité avec ces follicules.

Pour l'étude de la substance folliculaire, le choix du ganglion n'est pas indifférent ; en effet, dans les ganglions cervicaux du chien, les follicules sont petits, les cordons folliculaires sont nombreux et anastomosés ; au contraire, dans les ganglions lombaires, c'est-à-dire dans les ganglions qui se trouvent aux côtés de l'aorte et de la veine-cave inférieure au niveau de leur bifurcation, les follicules sont plus grands ; il y a beaucoup de substance corticale et moins de substance médullaire ; ce sont donc ceux-là qu'il faut choisir pour l'étude des follicules La méthode à suivre consiste à les plonger pendant 24 heures dans l'acide picrique et à faire des coupes que l'on traite ensuite au pinceau. Si on les laisse plus longtemps, quatre ou cinq jours par exemple, dans le réactif, il n'est plus possible de dégager les cellules avec le pinceau ; il faut, dans ce cas, laisser séjourner les coupes que l'on a faites dans l'eau distillée avec un peu d'acide phénique pendant vingt-quatre heures. On peut alors dégager le stroma avec facilité et obtenir de fort bonnes préparations. Une fois traitées au pinceau, on colore les coupes au picro-carminate d'ammoniaque, en veillant à ce que le réactif soit bien neutre. Sur ces préparations, on reconnaît que la substance folliculaire a la même structure que la substance caverneuse ; elle est aussi parcourue dans tous les sens par un réticulum ; mais les travées en sont si fines qu'il faut employer de très-forts objectifs pour les bien distinguer. On remarque alors qu'elles sont constituées par de fines fibrilles qui, s'anastomosant les unes avec les autres sans perdre leur individualité, forment des points nodaux, applatis, semblables à ceux que l'on observe dans le réseau élastique du mésentère ou mieux encore dans le grand épiploon. Aux points d'entrecroisement, on voit en effet les travées se dédoubler en deux ou trois fibrilles. A leur surface, on distingue de la façon la plus nette des noyaux pris dans une masse de protoplasma qui se moule sur la travée ; ces noyaux indiquent l'existence d'un épithélium analogue à celui que nous avons trouvé dans la substance caverneuse, mais nous ne sommes pas encore parvenu à l'imprégner à l'argent. Ce réticulum est sillonné dans toutes les directions par des capillaires qui, outre leur tunique propre, apparaissent avec un revêtement fibrillaire, et recouvert de cellules plates semblables à celles qui sont sur les travées du réticulum. De ces capillaires partent, dans différentes directions, des fibrilles qui vont se confondre avec le reste du réticulum.

4. *Vaisseaux.* Dans les sinus les artères envoient des branches transversales qui font un grand angle avec le tronc et qui se ramifient ensuite de plus en plus. Dans les cordons folliculaires les artères se divisent de suite en branches rectangulaires, à peu près égales dans toutes leurs directions ; les veines ont un trajet irrégulier ; dans les follicules, les artères pénètrent au point où ils se continuent avec les cordons folliculaires, de là elles se ramifient en fournissant presque immédiatement des capillaires à mailles allongées et à direction excentrique allant vers le sommet du follicule vers lequel les capillaires se réunissent peu à peu en redescendant vers le centre pour former une veine centrale ; les vaisseaux présentent donc là une direction pour ainsi dire en tourbillon.

Éléments cellulaires des ganglions. Tout ganglion donne du suc quand, après y avoir pratiqué une section, on en râcle la surface ; aussi bien quand il est pris sur l'animal vivant que vingt-quatre heures après la mort, ce suc est plus ou moins lactescent, suivant qu'il contient une plus ou moins grande quantité d'éléments cellulaires ; quand il en contient peu, il a plutôt l'aspect gommeux ; on en trouve plus dans la partie corticale que dans la partie médullaire du ganglion. Pour examiner directement ce suc frais, on fait avec un scalpel ou un rasoir une coupe à travers le ganglion, puis on râcle la surface avec la lame du scalpel et on dépose ce suc sur une lame de verre, on recouvre la goutte de liquide ainsi obtenu d'une lamelle, et on borde la préparation à la paraffine. On trouve dans ce suc une grande quantité d'éléments cellulaires variés ; au premier abord, et quand on observe avec un faible grossissement, on est tenté de prendre tous ces éléments pour des noyaux ; mais en les examinant plus attentivement, avec un grossissement plus fort, on voit que quelques-uns ont un centre arrondi représentant le noyau et dans lequel se trouvent les nucléoles, et un second contour qui est celui de la cellule ; quelques cellules contiennent même plusieurs noyaux ; d'autres fois on peut voir un noyau comme entouré d'une atmosphère de granulations.

Comme ces éléments sont très-délicats et très-altérables, l'observation que l'on en fait ainsi ne donne pas leurs formes exactes ; aussi faut-il la contrôler en employant un autre procédé. On coupe le ganglion en petits fragments que l'on met pendant une heure ou deux dans du sérum faiblement iodé ; on râcle ensuite la surface d'un de ces petits fragments, et on examine le suc obtenu dans le sérum ; sur cette préparation, on ne trouve plus comme dans la précédente, de noyaux libres ; ils sont tous entourés d'un contour cellulaire ; les cellules se sont donc consolidées par le sérum iodé ; elles paraissent aussi légèrement gonflées ; leur contour est un peu éloigné de celui du noyau. On en rencontre du reste de toutes les formes ; elles contiennent tantôt des noyaux ronds, tantôt des noyaux en bissac, tantôt de tout petis noyaux ronds, homogènes, semblables à ceux des globules rouges du sang des amphibies ; d'autres cellules contiennent des granulations pigmentaires arrondies ou anguleuses ; d'autres encore possèdent dans leur intérieur des globules ou des débris de globules rouges que l'on reconnaît à leur couleur jaune et à leur réfringence particulière. En un mot, nous trouvons dans les ganglions toutes les variétés d'aspect des éléments que nous avons étudiés dans la lymphe et dans le sang sous le nom de globules lymphatiques.

Si, après un premier raclage sur la surface d'un fragment de ganglion, on râcle une seconde fois en appuyant un peu plus fort, on rencontre en abondance dans le suc obtenu, outre les éléments que nous venons de décrire, de grandes cellules plates, rares dans les préparations précédentes, et qui paraissent fusiformes quand on les observe de profil ; elles ont un noyau ovalaire, grand et clair, muni d'un ou plusieurs nécléoles bien apparents, et présentent des formes variées, plus ou moins irrégulières ; quelques-unes ne sont point limitées ; elles semblent formées, outre leur noyau qui est très-net, par une sorte d'atmosphère de granulations protoplasmiques. Il y a longtemps que l'on connaît ces cellules ; on voit que dans les irritations, elles deviennent un peu globuleuses, en conservant leur forme irrégulière, et contiennent un grand nombre de noyaux ; c'est à cause de ce fait que Förster les appelait cellules-mères des ganglions lymphatiques. Aujourd'hui, il ne peut rester aucun doute sur leur véritable nature : ce sont tout simplement des cellules endothéliales.

Résumé. Si nous reprenons le résultat des diverses observations que nous venons de faire, nous voyons en résumé qu'un ganglion lymphatique est toujours sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Les vaisseaux afférents, arrivés au ganglion, se résolvent dans un système de conduits caverneux qui le parcourent et dans lesquels les vaisseaux efférents prennent naissance. Ces canaux caverneux (sinus et conduits lymphatiques) diffèrent des vaisseaux lymphatiques en ce que leur calibre est sillonné par un réticulum très-fin qui s'étend dans tous les sens entre leurs parois. La présence de ce réseau rend la circulation de la lymphe plus difficile et plus lente à l'intérieur du ganglion ; ce qui le prouve c'est l'arrêt des matières granuleuses auxquelles la lenteur de cette circulation permet de se fixer soit dans de grosses cellules lymphatiques soit dans les cellules endothéliales. Près de leur entrée dans le ganglion, les vaisseaux afférents présentent des renflements périvalvu-

laires très-développés, et il est probable que par l'activité de leurs parois musculaires ils jouent un rôle important dans la circulation lymphatique du ganglion. On a déjà fait plusieurs observations sur la contractilité des vaisseaux lymphatiques et son rôle dans la circulation de la lymphe. Bichat raconte snr ce point une expérience singulière. Il avait trouvé, dit-il, sur un chien qu'il venait d'ouvrir, la face inférieure du foie couverte de vaisseaux lymphatiques avec des renflements; tandis qu'il observait tout disparut. Bichat en concluait que ces canaux sont contractiles.

Nous avons voulu répéter cette expérience ; nous avons tué un chien par la section du bulbe, nous l'avons ouvert immédiatement, mais nous n'avons pas vu de lymphatiques à la face inférieure du foie ; par contre, il y en a une grande quantité dans le tissu conjonctif qui entoure la veine-porte; il est probable que c'est de ceux-là que Bichat a voulu parler. Nous avons lié le canal thoracique pour les rendre plus apparents, et nous avons essayé de les exciter soit par des moyens mécaniques, soit par un courant interrompu, en agissant directement sur eux ; nous ne les avons pas vus se contracter. Cependant, M. Collin a observé chez les grands ruminants (le bœuf, par exemple), des contractions rhythmiques ; il serait fort possible que ces vaisseaux eussent des contractions spontanées, tout en ne répondant pas à l'excitation électrique. Il en est ainsi pour les ventricules du cœur ; quand on les électrise faiblement, ils continuent leur battement rhythmique sans répondre à l'agent électrique ; mais si chez la grenouille on emploie un fort courant on détermine l'arrêt du cœur. Il se pourrait fort bien que les renflements périvalvulaires fussent des sortes de cœurs et présentassent dans des conditions spéciales d'observation des mouvements rhythmiques.

Au milieu des canaux lymphatiques se trouvent disposés les *follicules* et les *cordons folliculaires* ; ils sont séparés du système caverneux par une couche endothéliale, et par conséquent la lymphe ne doit pas y circuler bien facilement; cependant nous savons aujourd'hui que les endothéliums ne constituent pas une barrière infranchissable ; nous avons vu par assez d'exemples qu'ils se laissent aisément traverser par les globules blancs. On peut en donner pour les ganglions une preuve directe. Chez un animal en pleine digestion, les ganglions lymphatiques présentent, comme on sait, une infiltration graisseuse temporaire ; dans les espaces caverneux on trouve des granulations du chyle, soit libres, soit charriées par des cellules lymphatiques ; on peut facilement démontrer qu'il y en a aussi dans les follicules, et par conséquent qu'elles y ont pénétré récemment. Il suffit pour cela de faire durcir un ganglion dont l'acide picrique, et de soumettre une coupe que l'on en aura faite à l'action de l'acide osmique à $\frac{1}{100}$; on trouvera dans les follicules des granulations graisseuses caractérisées par la couleur brune que leur donne l'osmium.

Dans les expériences relatives à la pénétration du vermillon dans les ganglions lymphatiques, les granules colorés contenus dans des cellules lymphatiques se montrent non-seulement dans les voies lymphatiques, mais encore dans les follicules et les cordons folliculaires, ainsi que l'on peut en juger sur des coupes faites après durcissement des ganglions dans l'alcool. Il n'y a donc pas dans les follicules une véritable circulation, une circulation libre, mais cependant il se produit entre eux et les voies lymphatiques un certain échange d'éléments. Il y a là comme une circulation d'élaboration et c'est probablement dans les follicules que se formeraient de nouvelles cellules lymphatiques.

Note. Pour que le lecteur puisse se reconnaître dans les travaux faits sur les ganglions, nous donnons en deux mots leur synonymie. Les follicules, que Brücke a le premier désignés par ce nom, sont appelés par His, ampoules corticales et alvéoles par Frey. Les cordons folliculaires sont appelés par Kölliker, cordons médullaires ; par His, utricules médullaires ou glandulaires : par Frey, tubes lymphatiques. Les sinus, que His a appelés ainsi, sont dénommés par Frey espaces enveloppant les follicules ; enfin les conduits lymphatiques sont appelés par Frey conduits caverneux.

C'est dans les parties folliculaires des ganglions que l'on trouve dans les cellules lymphatiques des globules rouges et des granulations pigmentaires ; ces éléments proviennent des vaisseaux et sont sortis à travers la paroi des capillaires ; il n'y a en effet de vaisseaux capillaires que dans les follicules et cordons folliculaires.

PATHOLOGIE INTERNE.

Des ulcérations du col de l'utérus

Par le Dr **A. LE BLOND**, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Symptômes. — Le toucher permet de reconnaître la présence de l'ulcération, le doigt rencontre une surface légèrement rugeuse, un peu mollasse, un col gros, l'orifice du col légèrement entr'ouvert.

Le spéculum met à découvert la surface ulcérée et permet de reconnaître les divers aspects que nous avons signalés à l'anatomie pathologique. Le regard peut assez facilement pénétrer dans le col qui est entr'ouvert, surtout si l'on a soin de se servir du spéculum de Ricord qui permet, en écartant assez fortement les valves de l'instrument, de dilater cet orifice. — M. Meyer, de Berlin, a pensé que cette coloration rouge que l'on observe du côté du col, n'est point morbide, mais la coloration normale de la muqueuse du col ; c'est là une erreur, car il suffit d'examiner un col sain pour voir que la muqueuse à l'état normal est rosée et non pas rouge.

Aran pensait que les ulcérations de la surface externe du museau de tanche pénétraient rarement dans la cavité du col ; il admettait que 99 fois sur 100, l'ulcération ne revêtait que la surface interne. M. Gallard pense au contraire que dans l'immense majorité des cas, le col est en même temps ulcéré.

On a voulu reconnaître les ulcérations du col, à l'aide de spéculums que l'on a désignés sous le nom de spéculums intra-utérins ; mais ces instruments sont de trop petit calibre, et le faisceau lumineux qui pénètre dans l'intérieur de la cavité n'est pas suffisant pour permettre de bien juger de l'état de la muqueuse.

On a encore cherché à se rendre compte de l'état des parties à l'aide de l'endoscope de M. Desormaux. M. Gallard qui s'est servi à plusieurs reprises de cet instrument, n'a pu arriver à des résultats satisfaisants, à cause de la présence du sang qui s'écoule de la muqueuse dès que l'on introduit l'instrument et qui vient obstruer l'orifice de la sonde.

Ces divers instruments sont d'ailleurs le plus souvent inutiles, car la dilatation du col est suffisante, quand on se sert du spéculum de Ricord, pour observer l'intérieur du col.

Outre ces caractères, on observe encore de la leucorrhée qui est due à la suppuration de la surface ulcérée et à l'hypersécrétion des glandes.

Il existe aussi assez souvent un peu de douleur, une certaine pesanteur à l'hypogastre ou au périnée, une augmentation de volume non-seulement du col mais aussi du corps de l'utérus, symptômes qui doivent être mis sur le compte de la métrite chronique, de laquelle dépend l'ulcération.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait avec les ulcérations d'origine syphilitique et avec les ulcérations cancéreuses nous nous occuperons de ce diagnostic quand nous parlerons de l'une ou l'autre de ces lésions.

Quant aux ulcérations herpétiques, scorbutiques, scrofuleuses et même tuberculeuses, nous ne pensons pas que ce diagnostic doive nous arrêter, les ulcérations qui naissent sous l'influence de ces maladies ne présentant pas de différences suffisantes qui nous permettent de les distinguer.

Les ulcérations herpétiques qui ont été décrites par certains auteurs comme une espèce à part, résulteraient d'après eux, d'éruptions diverses, telles que vésicules d'herpès, eczéma simple ou impétigineux, pemphigus. M. Noël Gueneau de Mussy (2), qui a fait paraître récemment un mémoire sur les

(1) Voir le n° 16 du *Progrès médical.*

(2) M. Gueneau de Mussy.— *Herpétisme utérin ou affections herpétiformes de l'utérus. (Archives de médecine*, octobre et novembre 1871).

affections herpétiformes de l'utérus, et M. Courty s'efforcent de trouver des caractères propres aux ulcérations qui se développent sous l'influence de cette diathèse, mais les caractères qu'ils assignent à ces lésions de caractère spécifique, ne nous paraissent pas différer sensiblement des lésions qui dépendent de l'inflammation simple.

Quant aux ulcérations scorbutiques qui seraient caractérisées, d'après M. Courty, par leur couleur violacée, leurs fongosités, leur mollesse, leur facilité à saigner, nous ne voyons pas que cette description diffère sensiblement de celle que nous avons donnée pour l'ulcération inflammatoire, désignée sous le nom d'ulcération variqueuse, ou d'ulcération de la grossesse, et qui est fongueuse, violacée, saignante.

La preuve du reste de cette ulcération n'a rien de spécifique c'est qu'il n'est pas rare de voir la même femme présenter, pendant sa grossesse une ulcération scorbutique et le mois suivant une ulcération simple, après que l'accouchement s'est effectué et que la stase sanguine a cessé.

Les ulcérations scrofuleuses présenteraient, d'après le même auteur, des bords décollés, baveux, s'étendant souvent assez loin sur les deux lèvres du col. M. Gallard, qui dans sa pratique hospitalière a pu examiner de nombreux cas d'ulcérations du col chez des femmes scrofuleuses, déclare n'avoir jamais vu cette diathèse imprimer un cachet particulier aux ulcérations, quand elles se développent chez ces femmes. Enfin les ulcères tuberculeux considérés comme très-rares par M. Courty, n'ont jamais été observés par M. Gallard.

Sans nier que les diathèses herpétique, scorbutique, ou scrofuleuse, puissent avoir une influence sur le développement plus fréquent et sur la marche des ulcérations du col, nous ne pouvons admettre les différences qu'on a voulu leur assigner et qui permettent de les distinguer l'une de l'autre par le simple examen de la partie ulcérée. A ce point de vue, nous sommes de l'avis de M. Gallard, qui admet qu'en dehors de l'inflammation, les seules maladies diathésiques qui peuvent déterminer une ulcération du col sont la syphilis et le cancer.

Nous sommes conduits d'après cette manière de voir à ranger les ulcérations qui précèdent parmi les ulcérations d'origine purement inflammatoire, tout en reconnaissant cependant, que les lésions de la muqueuse sont plus fréquentes chez les femmes affectées d'une des diathèses que nous venons de passer en revue que chez celles qui en sont exemptes.

Pronostic, marche, durée, terminaisons. — Les ulcérations inflammatoires du col, ne sont pas graves par elles-mêmes, mais elles sont importantes en ce qu'elles indiquent un état inflammatoire chronique, contre lequel on devra surtout diriger le traitement.

La durée de ces ulcérations est très-variable, on les voit parfois disparaître sans que la métrite chronique dont elles dépendent, soit sensiblement modifiée, puis reparaître après un certain temps.

Traitement. — Avant d'entreprendre le traitement de l'ulcération, nous ferons remarquer que cette lésion n'étant qu'un symptôme de la métrite chronique, c'est surtout contre cette dernière que devra être dirigé le traitement. Néanmoins il est un certain nombre d'agents thérapeutiques qui portés directement sur l'ulcération, paraissent aussi avoir une action marquée sur l'inflammation du parenchyme ; d'où il résulte que nous ne devons pas négliger d'y avoir recours.

On doit employer les *injections vaginales* dans le but de déterger la surface de l'ulcération. On peut recourir dans ce cas aux injections d'eau froide, de feuilles de noyer, d'écorces de chêne, d'eau blanche.

On a encore saupoudré la surface de l'ulcération avec du *sous-nitrate de bismuth*, de la *poudre d'amidon*, mêlés à un peu d'alun ou d'acétate de plomb cristallisé. Ces médicaments sont surtout utiles dans le cas de leucorrhée abondante ; mais leur action est ordinairement très-peu énergique.

Il est souvent utile d'avoir recours à des caustiques plus ou moins énergiques et qui doivent varier suivant les cas.

Le *nitrate d'argent* à l'état solide ou en solution au tiers ou au quart peut être employé utilement. La solution est surtout très-habile parce qu'elle pénètre mieux dans les replis de la muqueuse. S'il s'agit d'agir dans l'intérieur du col, on devra employer un petit pinceau imbibé de la solution qui sera introduit dans la cavité de cet organe.

Le *nitrate acide de mercure* produit une cautérisation plus profonde. Il est surtout avantageux dans le cas d'ulcérations fongueuses ; mais il faut avoir soin de ne pas employer un pinceau contenant un excès de liquide qui pourrait fuser, et cautériser la muqueuse vaginale ; il sera bon de faire avant d'enlever le spéculum, une injection d'eau destinée à enlever l'excès de liquide. Il faut se rappeler quand on fait usage de ce caustique, qu'il peut quelquefois déterminer de la salivation.

Les *acides sulfurique* et *azotique* ont été aussi employés ; il en est de même des *acides pyroligneux, acétique, chromique.* Ces liquides sont assez énergiques pour réclamer de grandes précautions. Il ne faut jamais négliger de faire une injection d'eau lorsque la cautérisation aura été effectuée.

On peut encore avoir recours au *fer rouge*, quand les ulcérations sont un peu fongueuses et que le col est volumineux. Mais nous devons faire remarquer que ce moyen est dirigé bien plutôt contre l'inflammation du parenchyme que contre l'ulcération.

Dans les cas légers, on trouvera bien des applications de *teinture d'iode*, de *poudre d'iodoforme* qu'on porte sur le col à l'aide d'un insufflateur ; ou de l'introduction de crayons de la même substance dans la cavité du col, qu'on maintient à l'aide d'un tampon d'ouate. On peut aussi employer avec avantage la solution de *perchlorure de fer*, principalement quand les ulcérations sont un peu saignantes.

Quant aux ulcérations de la *métrite virginale* et de la *grossesse*, certains auteurs pensent qu'il n'y a aucun traitement à leur appliquer ; d'autres, au contraire, veulent qu'on s'en occupe. Nous croyons qu'il y a avantage à employer contre elles, quelques caustiques légers, comme le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, l'alun. Certains auteurs ont même employé le fer rouge, dans les ulcérations de la grossesse, mais c'est un moyen énergique dont il est bon de s'abstenir, dans la crainte de provoquer un avortement.

II. ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES. — La seconde espèce d'ulcérations que l'on constate du côté du col de l'utérus est celle qui dépend de la syphilis ; soit que l'on ait affaire à des accidents primitifs tels que chancres, ou à des accidents secondaires, tels que plaques muqueuses.

a. *Chancre.* — Le chancre mou est celui qui se présente ordinairement à notre observation ; quant au chancre induré, bien qu'ayant été constaté réellement, il est cependant regardé comme rare. M. Alphonse Guérin, sans nier la possibilité de l'induration, pense qu'elle peut être rarement perçue à l'aide du doigt introduit dans le vagin. M. Després (1) admet même que l'induration ne se produit jamais. Le fait de l'induration ne peut cependant être contesté, car Ricord l'a observé, manifestement dans un cas où le col était saillant en dehors de la vulve. Les chancres mous du col bien que les plus fréquents, sont cependant assez souvent suivis d'accidents constitutionnels.

Le chancre mou se présente sous forme d'ulcère à fond grisâtre, adhérent, à bords irréguliers, taillés à pic et entourés d'une légère auréole inflammatoire ; ordinairement multiples, ils se réunissent presque toujours après un certain temps, et peuvent devenir phagédéniques.

M. Bernutz (2) décrit une variété du chancre qu'il désigne sous le nom de *chancre diphthéritique*, et qui est caractérisé par une production couenneuse d'un gris-jaunâtre, adhérente au fond de l'ulcère et limitée par des bords rouges, saillants, taillés à pic.

Le même auteur décrit une autre forme qu'il appelle *chancre ulcéreux*, mais qu'il regarde comme très-rare. Dans cette forme le chancre creuse le sol utérin, l'évide de la même façon qu'il le fait chez l'homme pour le méat urinaire.

(1) Armand Després. — *Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus.* 1869, p. 46.

(2) Bernutz. — *Des affections syphilitiques de l'utérus (Union médicale,* 1855. p. 275.)

Le chancre siége habituellement, non pas au sommet du col comme dans les ulcérations simples, mais sur un point variable (fig. 16) et principalement, comme le fait remarquer

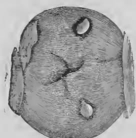


Fig. 16. — Chancre du col.

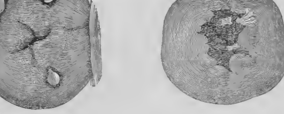


Fig. 17. — Ulcération cancéreuse du col. (D'après A. DESPRÈS).

M. Marjolin, à l'union du vagin avec le col.

Dans certains cas, d'après MM. Bernutz et Courty, le chancre siége dans l'intérieur du col, et il faut dilater cet organe pour l'apercevoir.

Les caractères que nous avons assignés précédemment aux diverses variétés de chancres, peuvent s'effacer après un certain temps et l'ulcération prend alors l'aspect d'une ulcération inflammatoire simple, ou bien elle présente un développement de condylomes muqueux, de végétations qui reposent sur une base légèrement indurée qni pourrait faire croire à un cancroïde. Dans ces cas. la marche de la maladie peut seule mettre sur la voie du diagnostic.

On voit dans certains cas, l'inoculation chancreuse se faire sur une ulcération inflammatoire préexistante; le chancre perd alors ses caractères principaux. mais la surface de l'ulcération devient en général molle, fongueuse et un peu grisâtre.

b. *Plaques muqueuses* — La seconde espèce de lésion syphilitique qui se produit du côté du col, est la plaque muqueuse, caractérisée par une élévation de la surface ulcérée au-dessus du niveau de la muqueuse qui est d'un blanc nacré. — Un des caractères principaux de ces plaques muqueuses, c'est leur contagion. — Lorsque ces plaques muqueuses ont persisté un certain temps avec les caractères que nous leur avons assignés, elles changent ordinairement de caractère et sont remplacées par des ulcérations qu'il est très-difficile de distinguer d'une ulcération simple.

III. ULCÉRATIONS CANCÉREUSES. — Il existe trois formes principales de cancer : l'épithélioma, le squirrhe et l'encéphaloïde ; les deux dernières formes ne présentent aucune difficulté pour le diagnostic, car au moment où l'ulcération se produit, le col est devenu volumineux, bosselé, irrégulier, présentant de véritables champignons; de plus il existe des adhérences avec les parties voisines, des destructions considérables des tissus et l'écoulement de l'ichor cancéreux avec son odeur caractéristique.

Il n'en n'est pas de même de l'épithélioma, qui prend tantôt la forme ulcéreuse décrite sous le nom d'ulcère rongeant, et tantôt la forme végétante qu'on a désignée sous le nom d'excroissance en chou-fleur. La forme ulcéreuse doit être distinguée d'une ulcération simple, et la forme végétante des végétations simplement inflammatoires que l'on voit quelquefois se produire dans le cours de la métrite chronique. La forme ulcéreuse de l'épithélioma du col, se présente avec des bords mamelonnés (fig. 17), violacés, par places indurés, avec une surface inégale, un aspect grisâtre et sanieux. L'ulcération saigne facilement. Le toucher mieux encore que le spéculum révèle la véritable nature de l'affection ; le col est dur et se déchire, quand on presse sur l'orifice utérin. L'ulcération simple, au contraire, ne présente pas ces bords indurés, mamelonnés, sa surface est régulière, rosée, saignant moins facilement.

La forme végétante de l'épithélioma, qu'on a décrite aussi sous le nom d'excroissance en *chou-fleur*, est difcile à distinguer des fongosités, des végétations inflammatoires qui se développent dans certains cas de métrite chronique. Ces dernières se distinguent néanmoins du cancroïde, par l'absence d'induration à leur base et un développement plus régulier. De plus, elles se laissent détacher plus facilement et ne présentent point au microscope la présence de cellules de nature épidermique.

Les différences qui existent entre ces végétations de nature différente, peuvent s'effacer, surtout si l'on admet comme certains auteurs que les végétations de nature inflammatoire peuvent devenir cancéreuses.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les altérations histologiques de l'intestin et sur quelques modifications du sang dans le choléra,

Par MM. **KELSCH et RENAUT.** (1)

Etat du sang. — Il nous a paru intéressant d'étudier les variations que présente le sang dans les différentes périodes du choléra au point de vue de la richesse en globules. Au moment où la déperdition séreuse est à son maximum, c'est-à-dire pendant l'état algide, le sang des capillaires pris à l'extrémité d'un doigt, par exemple, ne possède pour ainsi dire point de sérum; les globules rouges sont serrés les uns contre les autres sans presque interposition de liquide et l'on trouve dans le champ du microscope une quantité tout-à-fait anormale de globules blancs. Ces derniers atteignent des dimensions supérieures à celles qu'ils possèdent dans le sang normal. Dans un cas, il y avait de 40 à 56 globules blancs dans le champ, à un grossissement de 450 diamètres, tandis qu'ordinairement, dans ces conditions, on en trouve seulement 3 ou 4.

L'augmentation du nombre des globules rouges atteint son maximum pendant l'algidité. Lorsque la réaction se produit, on voit rapidement ce nombre décroître. Les numérations faites par la méthode de Malassez mettent ce fait hors de doute.

Chez une femme observée pendant la période algide, le 20 septembre, le sang contenait 7,489,000 globules rouges 27,800 globules blancs par millim. cube, chiffres les plus élevés que nous ayons encore observés. Le lendemain l'état algide subsistait avec une légère amélioration, le sang est déjà moins concentré, il y a 6,338,400 globules rouges et toujours 27,000 blancs; le 22 septembre il y a seulement 5,560,000 globules rouges, la proportion des globules blancs reste la même; le 23, la malade étant en pleine réaction, le nombre des globules rouges, par millimètre cube, est redevenu à peu près normal. Il y a 4,109,000 globules rouges par millimètre cube, à ce moment les urines reparaissent et on peut les analyser.

Or, il est très-important de savoir si dans le choléra parvenu à la période de réaction, la diminution rapide dans le chiffre des globules est due simplement à la dilatation du sang par suite de la reconstitution du sérum, ou bien si cette diminution est accompagnée d'une destruction proprement dite des globules rouges telles qu'on la voit s'opérer dans nombre de maladies fébriles. Evidemment les méthodes de numération sont incapables de fournir la solution de ce problème. Mais si l'on retrouve dans les urines une proportion exagérée des matières pigmentaires provenant directement des globules, telles que l'*urochrôme*, l'hypothèse d'une destruction active des globules à ce moment peut être vraisemblablement formulée.

C'est ce qui arrive en effet dans le cours de la réaction du choléra ; l'urine contient des quantités considérables d'urochrôme au moment même ou la richesse globulaire diminue. Chez la femme dont nous parlons, le 24 septembre le sang était extrêmement appauvri en globules rouges et l'urine étant devenue copieuse, en même temps qu'apparaissaient au cou des souffles anémiques, les proportions d'urochrôme dans l'urine étaient excessives. Cet abaissement tout à fait insolite du chiffre des globules n'a duré qu'un jour : le 25, la richesse globulaire était revenue à 4,559 200, chiffre très voisin de l'état normal.

En résumé, dans le choléra, l'augmentation des globules

(1) Voir le n° 17 du *Progrès médical*.

rouges pendant l'algidité pouvait être le fait de la perte séreuse. La diminution dans la période de réaction tient à deux causes, restitution du sérum poussée parfois jusqu'à l'hydrémie, et destruction d'une certaine quantité de globules rouges dont on retrouve les débris dans les urines sous forme d'urochrôme.

En même temps que le sang s'épaissit, les globules rouges montrent une modification curieuse. Ils se rapetissent de telle sorte qu'on les voit atteindre seulement en moyenne un diamètre de 3 à 4 μ. Ces tout petits globules diminuent peu à peu pendant le déclin de la maladie pour disparaître lorsque la richesse globulaire du sang est complétement restituée. Serait-ce ces globules altérés et comme desséchés pendant l'algidité qui se détruiraient dans le sang? Il est difficile de résoudre cette question.

L'augmentation des globules blancs dans le sang des capillaires, n'est pas seulement due à la stase qui coïncide avec la période asphyxique. La numération par la méthode de Malassez montre que le rapport des globules rouges et des globules blancs s'est élevé d'une manière absolue. Les nombreuses altérations des organes lymphoïdes de l'intestin, la lymphangite intestinale, pourraient être rapprochés de ce fait, sans qu'on puisse, bien entendu, établir entre les deux phénomènes, du moins quant à présent, des rapports rigoureux de causalité.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Choléra.

Si l'on jette un coup-d'œil sur la marche des anciennes épidémies de choléra, on arrive bientôt à se convaincre que le plus souvent, sinon toujours, il n'atteint pas d'emblée son maximum d'intensité. Voyons d'abord ce qui a eu lieu à Paris :

1° 1832 : Mars, 40 décès; avril, 7462; mai, 440; juin, 546; juillet, 1820 ; août, 643 ; septembre, 107. — 2° 1849 : Mars, 130 décès; avril, 649; mai, 2436; juin, 5769; juillet, 419; août, 810; septembre, 670; octobre, 32. — 3° En 1853, le choléra a débuté le 7 novembre et a causé dans le mois 154 décès; en décembre, 568; en janvier, 34; en février, 3. Cette diminution considérable pouvait faire croire que l'épidémie était terminée; loin delà : à partir de mars elle est allée en augmentant et elle est parvenue à son apogée en août (2,710 décès). — 4° En 1865, du 22 septembre au 1er octobre, 245 décès ; en octobre, 4536.

Nous observons les mêmes particularités dans les épidémies qui ont sévi dans la ville d'Amiens. 1° 1832 : du 10 au 30 avril, 171 décès; mai, 190; juin, 97; juillet, 92; août, 210; septembre, 117 ; octobre, 30. — 2° 1866 : l'épidémie, qui a débuté en décembre 1865, suit en 1866 la marche suivante : janvier, 98; février, 109; mars, 141; avril, 143 ; mai, 152 ; juin, 681 ; juillet, 1059 ; août, 193; septembre, 126 ; octobre, 151; novembre, 181 ; décembre, 205.

Il ressort de ces statistiques que l'épidémie actuelle n'a rien d'insolite dans ses allures et qu'il serait imprudent de la considérer comme terminée : par conséquent, les habitants doivent continuer à surveiller leur hygiène particulière et l'administration doit toujours se montrer vigilante.

La contamination des eaux qui servent à l'alimentation, la malpropreté des maisons, la non-désinfection des lieux où l'on déverse les déjections des cholériques, sont, ainsi que les faits le prouvent chaque jour, autant de causes qui favorisent l'extension du choléra. Diminuer leur action dans la mesure des moyens que nous possédons doit donc être l'objectif des administrations chargées de veiller à la santé publique. C'est ainsi que l'administration de l'assistance publique, très-parcimonieuse d'habitude dans la distribution aux malades indigents des eaux minérales et même de l'eau de Seltz, devrait les donner, en raison des circonstances, dans une plus large mesure. D'un autre côté, elle ne prend pas toujours assez de précautions relativement au nettoyage des fosses d'aisance, qui, dans quelques-uns de nos établissements hospitaliers, sont, même en temps ordinaire, des sources d'infection. Voici un fait à l'appui de notre assertion. Dans un de nos hôpitaux, on procéda dernièrement à la réparation des lieux d'aisances de la salle des cholériques et, partant, on alla jeter les déjections de ces malades dans les lieux dépendant d'une salle jusque-là indemne de choléra. Les résultats de cette négligence ne se firent pas longtemps attendre : en moins de 24 heures, on observa des accidents cholériformes chez la plupart des malades de cette dernière salle. Fort heureusement, grâce aux secours qui furent immédiatement administrés, il ne se produisit aucun décès. Que serait-il arrivé en ville ? On aurait eu un véritable foyer épidémique. Si l'administration de l'assistance publique doit empêcher le retour de semblables accidents dans les hôpitaux, — la municipalité doit, de son côté, faire surveil er ce qui se passe dans les maisons particulières où on lui signale des décès par le choléra.

Un autre point mérite encore d'attirer l'attention. Maints auteurs ont avancé que le choléra s'observait fréquemment chez les personnes qui nettoient les linges des cholériques. La réalité de ce fait n'est guère douteuse, et cette semaine, il a été vérifié à l'hospice de la Salpétrière où il existe une buanderie importante : Parmi les femmes qui lavent le linge, venant de divers hôpitaux, deux d'entre-elles ont été prises du choléra; l'une a succombé, l'autre est en convalescence. Il est donc nécessaire que, sous ce rapport encore, on prenne les plus grandes précautions. Sans aller jusqu'à détruire, jusqu'à brûler le linge qui a servi aux cholériques, ne pourrait-on pas le plonger pendant un certain nombre d'heures dans des solutions désinfectantes avant del'en voyer au blanchissage?

De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse (Suite).

L'hypothèse proposée par M Féréol pour expliquer l'expectoration albumineuse après la thoracentèse, ne rencontra au sein de la *Société médicale des Hôpitaux* que des contradicteurs.

De suite, en engageant la discussion, M. Dujardin-Beaumetz produisit un fait qui, semblant, *à priori*, donner raison à la théorie de M. Féréol, contribuait au contraire à l'infirmer.

Une femme présentant une perforation pulmonaire avec hydropneumothorax et ponctionnée à plusieurs reprises, rendit après chaque thoracentèse une quantité assez abondante d'un liquide albumineux.

En tenant compte des circonstances toutes spéciales de l'expectoration et des caractères extérieurs du liquide, il était bien naturel de le rapprocher de celui que l'on avait extrait par la ponction — et pourtant ce rapprochement n'était nullement autorisé, car, si l'analyse chimique décelait la présence de l'albumine dans les deux liquides, elle permettait de constater que la proportion était de 1 p. mille dans le liquide de l'expectoration et de 66 p. mille dans le liquide pleurétique.

La théorie de la congestion séreuse du poumon recevait au contraire, l'appui de nouveaux faits. Le jour même de la communication de M. Dujardin-Beaumetz, M. Béhier commentait à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu une observation des plus intéressantes. (V. *Union médicale*, nos 74 et 75).

Un homme de 38 ans, était entré à l'hôpital, affecté tout à la fois d'une pleurésie gauche et d'une pneumonie droite, en voie de résolution. La thoracentèse pratiquée d'urgence, donna issue à deux litres et demi de liquide séreux. Le malade fut d'abord soulagé, mais trois heures après, il était pris d'un accès d'étouffement et, sans rien expectorer, succomba aux progrès croissants de l'asphyxie. L'autopsie montra que le poumon gauche était distendu par une sérosité spumeuse dont l'accumulation dans les bronches et la trachée avait donné lieu à ce que M. Piorry a décrit sous le nom d'*anhématosie* par écume bronchique.

M. Béhier rapportait un autre fait presque analogue observé par M. Dumont-Pallier, et ces deux observations le décidaient absolument à admettre la théorie de la congestion œdémateuse du poumon.

En effet, chez des individus asthmatiques, n'ayant point eu de thoracentèse, n'ayant même pas de pleurésie, MM. Révillout, Jalabert et Renou avaient pu observer l'expectoration d'un liquide albumineux.

Ajoutons enfin que cette théorie trouvait encore une confirmation dans quelques faits publiés en même temps dans la *Gazette des Hôpitaux* (Juin 1873).

Les faits qui précèdent devaient tout d'abord, afin d'éviter la confusion, être analysés ou du moins signalés suivant l'ordre dans lequel ils ont été produits ; mais actuellement dans l'exposé qui nous reste à faire des *nouveaux arguments* invoqués pour ou contre chacune des théories en présence, nous pouvons abandonner l'ordre chronologique et, pour abréger le plus possible cette analyse déjà longue, nous essaierons d'esquisser rapidement les traits les plus frappants de la discussion.

A. — L'hypothèse de la *perforation par le trocart* n'est point abandonnée par M. Woillez. — Pour lui, la congestion pulmonaire rend compte de certains cas, elle ne suffit point à les expliquer tous. En effet, l'expectoration signalée chez les asthmatiques, et d'une façon plus générale l'expectoration par congestion pulmonaire diffère essentiellement de celle qu'on observe après la thoracentèse. Les crachats de la congestion pulmonaire ne contiennent qu'une petite quantité d'albumine et les réactifs produisent seulement un trouble, tout au plus un léger précipité, tandis que dans les cas d'expectoration albumineuse après la thoracentèse, on obtient un précipité caillebоté semblable à celui qu'on peut observer en traitant par les mêmes réactifs le liquide extrait par la ponction. Quant aux objections que l'on a faites à l'hypothèse de la perforation traumatique, elles n'ont pas, dit M. Woillez, une valeur absolue ; ainsi, l'abondance du liquide n'a rien d'étonnant dans cette hypothèse, car on sait avec quelle rapidité l'épanchement se reproduit quelquefois après la ponction.

On parle de l'intervalle qui s'écoule entre la thoracentèse et l'expectoration, mais il est en somme peu considérable et s'explique facilement par les dimensions souvent très-petites de la perforation. On comprend aussi qu'il soit difficile de la retrouver à l'autopsie, pour peu que des fausses membranes recouvrent le poumon. — La sortie de gaz en grande abondance pendant l'opération, est une nouvelle preuve de la perforation, ajoute M. Woillez ; et quant à la possibilité de cette perforation en dépit des précautions prises pour l'éviter, elle ne doit point étonner, aujourd'hui que l'on pratique la thoracentèse pour les épanchements peu abondants.

Mais d'un autre côté, comme le font remarquer M. Moutard-Martin et M. Hérard, ce n'est guère que dans les thoracentèses pratiquées pour des épanchements abondants, qu'on observe l'expectoration albumineuse. — Que ce soit ou non une coïncidence, c'est un point sur lequel insiste M. Terrillon.

L'argument tiré de la nature des crachats, celui auquel M. Woillez paraît attacher le plus d'importance, semble aussi peu concluant à M. Hérard. — La nature du liquide expectoré est, en effet, très-variable. — Dans beaucoup de cas, il est vrai, la proportion d'albumine contenue dans les crachats est sensiblement égale à celle qui se trouve dans le liquide de la plèvre ; mais, d'autres fois elle est très-faible ainsi qu'a pu le voir M. Dujardin-Beaumetz dans le fait qu'il a rapporté ; ailleurs au contraire, elle est plus considérable et dans un fait de M. Gintrac (Lande, *Gaz. méd. de Bordeaux*), le liquide expectoré contenait une quantité d'albumine *double* de celle qui existait dans le liquide de la plèvre. — D'un autre côté, s'il est certain que dans la plupart des faits de congestion pulmonaire en dehors de la thoracentèse, la proportion d'albumine est très-faible, il en est d'autres dans lesquels elle est assez considérable, et l'un des faits rapportés par M. Révillout montre qu'à cet égard on trouve encore de grandes différences ou, si l'on veut, des degrés dans l'intensité de la congestion.

Le dégagement de gaz dans le liquide évacué par la thoracentèse ne prouve pas qu'il y ait une perforation, dit M. Desnos ; en effet, le liquide de la plèvre contient toujours, ainsi que le signale aussi M. Béhier, une certaine quantité de gaz, lesquels se dégagent au moment où diminue la pression qui favorisait leur dissolution. C'est un fait qui est commun à beaucoup de liquides organiques, et M. Desnos a pu observer un dégagement de gaz tout à fait analogue en pratiquant la ponction d'un kyste hydatique du foie non suppuré, ne communiquant ni avec l'intestin ni avec le poumon.

M. Desnos croit enfin que dans tous les cas où le poumon est blessé, le malade crache du sang ; et ce n'est point alors une expectoration légèrement sanguinolente que l'on observe ainsi que M. Woillez l'admet pour quelques cas ; c'est une véritable hémoptysie qui peut se continuer quelques heures et jusqu'au lendemain. (*A suivre*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La *Société de Biologie* a repris le cours de ses séances samedi dernier, 4 octobre, et, bien que son président, M. Cl. Bernard, d'ordinaire si assidu, ne fut point présent, bien que plusieurs de ses membres n'aient pas été avertis, elle s'est trouvée cependant en nombre plus que suffisant pour se mettre à l'œuvre sans désemparer.

M. Houel a ouvert la série des communications par la présentation d'un *fœtus*, né à terme et qui offrait des *vices de conformation* remarquables. Et d'abord sa position dans l'utérus était des plus vicieuses : il était fléchi de telle sorte que sa tête était prise entre ses pieds et qu'avant l'accouchement, au toucher vaginal, on avait pu constater à l'orifice, la présence simultanée du crâne et des orteils. En arrière, à la région sacrée, existait un spina bifida ; la tête des deux fémurs paraissait sous-cutanée : trop volumineuse, elle ne pouvait être contenue dans les cavités cotyloïdes. C'était bien à une luxation congénitale double qu'on avait à faire. Mais, dans ce cas, ce qu'il faut surtout noter c'est l'absence des muscles fessiers. Il ne s'agit pas ici d'atrophie, de disparition, de dégénérescence graisseuse ; non, les muscles manquent et l'on ne saurait, sur les os ou les cartilages, constater le moindre vertige d'une insertion musculaire. De même, le pyramidal fait défaut. Je ne sache pas que pareille malformation ait été signalée et je demanderai à M. Giraldès, dont la compétence en pareille matière est connue, s'il en retrouve dans ses souvenirs.

M. Giraldès. Je pourrais rapprocher de ce fait une observation qui présente une certaine analogie : même flexion, même spina bifida, même luxation double du fémur due à une tête de l'os trop volumineuse, mais je ne saurais rien dire de l'état des muscles : la dissection ne fut pas pratiquée. Il était donc utile et intéressant d'appeler, sur ce point, l'attention des observateurs.

M. Rabuteau désire entretenir la Société de quelques expériences signalées depuis longtemps déjà, mais qui cependant paraissent trop ignorées : il s'agit de l'*influence de la belladone* et de ses effets variant chez les différents animaux. Monge, qui découvrit l'atropine en 1824, avait constaté son innocuité chez les lapins. Plus tard M. Bouchardat reprit ces expériences. Nourris de belladone pendant plusieurs semaines des lapins ne manifestèrent aucun trouble appréciable. Depuis, quelques observateurs ont pu injecter jusqu'à 50 centi-

grammes d'atropine dans le tissu cellulaire sous-cutané de ces rongeurs sans déterminer d'accidents. Ces résultats sont des plus nets. — Cependant, dans son livre, M. Tardieu — et la position judiciaire qu'occupe ce médecin rend son affirmation plus grave — conseille d'essayer sur les chiens ou sur *les lapins* les produits trouvés dans les analyses médicolégales et que l'on soupçonne contenir de l'atropine! « On pourra, dit l'auteur, constater la dilatation de la pupille et noter les différentes circonstances de la mort. » Non! il ne faut pas expérimenter sur les lapins, et j'ai pu injecter sous leur peau jusqu'à 20 centigrammes d'atropine, j'ai pu leur en faire avaler autant, — impunément et sans qu'il y parut. Quand donc nos médecins imiteront-ils les physiciens et les chimistes, quand donc n'avanceront-ils que les choses qu'ils ont expérimentées, que les faits qu'ils ont observés!

M. Liouville. J'ai examiné dernièrement les *selles d'un cholérique* et j'ai vu, après tant d'autres, toute la série des vibrionniens que l'on y signale : bactéries, bactéridies, vibrions; j'ai pris une goutte de ce liquide diarrhéique et je l'ai plongée dans un litre d'eau parfaitement pure que j'ai soigneusement bouchée. Au bout de cinq à six jours cette eau était trouble et le microscope y révèlait une énorme quantité de vibrionniens analogues. — Dans l'hypothèse — *hypothè e que je ne prétends nullement ni affirmer, ni infirmer* — dans l'hypothèse de la production ou de la propagation de la maladie par ces organismes, cette expérience me paraît intéressante : elle expliquerait comment la moindre déjection cholérique pourrait si rapidement produire une infinie quantité de ces vibrionniens, agents actifs, — dans l'hypothèse émise — de la propagation ou de la production du choléra.

M. Charcot. A ce propos je signalerai une lacune qui, tant qu'elle n'aura pas été comblée, laissera un grand vague dans toutes ces études. L'histoire naturelle des vibrionniens n'est pas faite et les descriptions sont telles qu'on retrouve sans cesse les mêmes variétés dans les maladies les plus dissemblables. Après cela comment leur faire jouer un rôle spécifique dans chacune de ces infections? Le même agent ne peut produire des effets aussi différents. Or je vois toujours décrire la série des bactérium thermo, ceux qui se multiplient dans les matières albuminoïdes en putréfaction. Je sais bien que des tentatives ont été faites dans le sens que j'indique et un médecin berlinois aurait trouvé une variété spéciale, un vibrionnien spirille dans les cas de fièvre à rechute. D'autre part, d'après Cohn, toutes ces formes ne seraient que des phases, des états variés d'un même individu.

M. Hayem. Dans mes examens de selles cholériques j'ai eu le soin de dessiner les corpuscules animés pour pouvoir les comparer aux organismes des descriptions classiques de Davaine. Ils étaient bien semblables et j'en ai observé une dizaine de variétés, différentes d'ailleurs d'une selle à l'autre. Seul le micrococcus y est constant. Il y forme des amas qui constituent à eux seuls la majeure partie de selles riziformes. Ces corpuscules ne diffèrent donc pas de ceux qui pullulent dans les liquides en macération auxquels j'assimile les selles cholériques.

M. Ranvier. Il eût été bon de voir si, dans l'expérience de M. Liouville, une goutte de sang, de lymphe, une matière albuminoïde quelconque mise dans de l'eau pure, au milieu des mêmes conditions de température, n'eût pas provoqué une production de vibrionniens aussi considérable que la goutte provenant des déjections cholériques.

M. Hayem. Il faut remarquer cependant que dans le choléra cette production de vibrions est certainement plus rapide. Dans un cas j'ai constaté une quantité innombrable de corpuscules dès la première selle, rendue quatre heures après le début des accidents morbides. En outre, j'ai parfois au premier jour de la maladie, trouvé des variétés de bactéries qui, d'après Samuel et Cohn, ne se développent que vers le septième ou le huitième jour, dans les liquides en putréfaction.

P. Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre. — Présidence de M. Depaul.

M. Verneuil présente un instrument inventé et fabriqué par M. Mathieu, pour faciliter l'opération de la taille hypogastrique.

M. Delpech. L'épidémie cholérique suit sa marche progressivement décroissante. Du 30 septembre au 6 octobre inclusivement, il n'y a eu que 51 décès par choléra, soit 15 cas de moins que dans la période précédente où le chiffre de mortalité avait été de 66. Dans la journée du 5 octobre on n'a constaté aucun décès en ville. Dans les hôpitaux civils, on a admis 37 cas nouveaux ; dans la période précédente il n'y avait eu que 29 admissions. En revanche 34 cas s'étaient développés chez des malades traités pour diverses affections, cette fois 10 malades seulement ont été atteints. Dans les hôpitaux militaires on a encore constaté 2 décès. Du 4 au 29 septembre il est entré dans les hôpitaux civils, pour choléra, 113 hommes et 136 femmes, chez ces dernières le chiffre de la mortalité a été proportionnellement plus considérable.

M. le Président. L'ordre du jour appelait la suite de la discussion sur les *diarrhées prémonitoires et le choléra.* M. Piorry, suivant l'ordre d'inscription devait prendre la parole, mais au dernier moment l'honorable académicien a fait savoir qu'une légère indisposition l'empêcherait d'assister à la séance.

M. Colin monte à la tribune et lit le résultat de ses recherches et de ses expériences sur l'action *des matières putrides et sur la septicémie.*

G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Plaie du foie, produite par une barre de fer chauffée au rouge. — Hémorrhagie peu abondante, écoulement de bile par la plaie, avec issue de bulles de gaz : absence d'ictère. — Mort. — Autopsie. — Par M. Martin, interne des hôpitaux.

Eugène D..., tourneur, âgé de 37 ans, est apporté le 23 juin à l'hôpital Necker (service de M. Guyon).

Ce malade a été frappé dans une rixe par une barre d'acier ou tisonnier, chauffée au rouge sombre ; la barre est retombée immédiatement à terre après avoir frappé le malade. Hémorrhagie de moyenne abondance durant une 1/2 heure environ ; le malade est assez tranquille dans la nuit du 23 au 24 juillet.

Le 24 au matin, on constate que la plaie a une direction oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière, d'une étendue de 4 centimètres sur 2 cent., siégeant au niveau du dixième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire.

En pressant légèrement sur l'abdomen, on fait sortir par la plaie un liquide rougeâtre, mélangé de nombreuses bulles de gaz. Du reste, il n'existe pas de pneumothorax ; et l'auscultation de la poitrine n'indique rien d'anormal : quelques bulles de gaz sortent par la plaie pendant les mouvements respiratoires, surtout au moment de l'inspiration.

Traitement. Occlusion avec bandelettes de diachylon, bandage de corps. — Potion opiacée.

25 *juin.* — Le malade n'a pas de fièvre, mais à deux reprises surviennent des vomissements qui coïncident avec l'ingestion de la potion morphinée. Un peu de liquide jaunâtre s'écoule par la plaie, mais l'hémorrhagie ne se reproduit pas depuis le jour de l'accident.

26 *juin.* — Le liquide qui s'écoule par la plaie est manifestement biliaire ; la fièvre commence à se déclarer.

27 *juin.* — Le pouls est fort et plein, l'écoulement de bile est toujours très-abondant, pas de symptômes de péritonite. (Ventouses scarifiées autour de la plaie.)

29 *juin.* — Le ventre est un peu ballonné, mais il n'existe pas de douleur à la pression sur l'abdomen. Pas de matité dans le poumon droit, un peu de submatité à la base, la respiration s'entend sur toute l'étendue du poumon, quelques râles souscrépitants à la base.

30 *juin.* — Le ballonnement du ventre augmente.

1er *juillet.* — Gène considérable dans la respiration, pouls rapide, petit, un peu de douleur à la pression sur l'abdomen. Les symptômes s'aggravent dans la soirée et la mort survient le lendemain matin.

4 *juillet.*— Autopsie 30 heures après la mort en présence de

MM. Guyon et Laugier. — En ouvrant l'*abdomen*, on voit s'échapper une quantité de gaz assez considérable.

Traces de péritonite récente, sur l'épiploon et les anses intestinales distendues ; mais il n'y a pas de pus collecté dans la cavité péritonéale.

Le *poumon* droit adhère à la plèvre du même côté, par d'anciennes adhérences ; de ce côté, la cavité pleurale a presque entièrement disparu ; congestion à la base de ce poumon. A gauche, un litre et demi environ d'un liquide louche, dans la cavité pleurale. Dans le *péricarde*. Un peu de liquide et quelques fausses membranes.

Vésicule biliaire vide. Vaste plaie à la surface convexe du côté droit du *foie* près de son bord postérieur.

La plaie présente deux sillons d'une profondeur de 3 cent. environ, séparés par une crête saillante ; cette plaie présente une étendue de 6 cent sur 4 cent. de hauteur.

Le bord postérieur du foie au niveau de l'insertion du ligament coronaire est recouvert de quelques fausses membranes récentes, mais la plaie n'a pas pénétré jusqu'à ce niveau : elle en est séparée par 2 ou 3 centimètres au moins. Le parenchyme hépatique, au niveau de la plaie et dans son voisinage immédiat, est infiltré de sang et réduit à l'état de bouillie brunâtre.

REVUE CHIRURGICALE

Opérations et amputations des membres sans perte de sang, emploi de la méthode d'Esmarch, par le professeur Billroth. (*Wiener Medizinische Zeitung*, n° 29, 1873).

Le 18 avril 1873, Esmarch (de Berlin), a fait au congrès des chirurgiens allemands une communication sur un moyen de prévenir la perte de sang dans les opérations pratiquées sur les extrémités. D'après ses expériences en roulant fortement autour du membre à partir de son extrémité une bande élastique on peut refouler complètement le sang des parties comprimées.

En faisant ensuite au moyen d'un fort tube de caoutchouc une ligature serrée autour du membre à la partie supérieure de l'appareil, on prévient l'accès du sang et la partie inférieure, débarrassée de la bande roulée, est et demeure exsangue.

Esmarch signale les principaux avantages de sa méthode : dans les amputations, on conserve à l'opéré une certaine quantité de sang nécessairement perdue quand on ne pratique que la compression ordinaire ; mais ce procédé est surtout avantageux pour les résections, l'extirpation de certaines tumeurs et d'autres opérations de plus longue durée que les amputations. On évite ainsi l'emploi des éponges pendant l'opération, on peut opérer à sec, sans hémorrhagie, comme sur le cadavre. Cette méthode n'apporterait aucune entrave à la guérison, même lorsque la circulation aurait été absolument interrompue dans le membre opéré pendant un quart d'heure.

« J'ai fait, dit Billroth, un certain nombre d'opérations par » la méthode d'Esmarch, et quoique je n'eusse pas douté de » l'exactitude d'observation de l'auteur, je ne m'attendais pas » à ce que l'anémie locale fût aussi complète, aussi absolue, » et je crois de mon devoir, en publiant les résultats que j'en » ai obtenus, de contribuer à la généralisation de cette mé- » thode.

» J'ai employé jusqu'ici l'anémie locale artificielle dans 14 » cas, 2 extractions de séquestres étendus du tibia, 3 résec- » tions d'os du pied, 2 résections du coude, 2 amputations de » Chopart, 4 amputations de cuisse et une désarticulation de » la hanche. Dans 12 cas, le résultat a été parfait, dans les » deux autres le succès a été moindre en raison de difficultés » particulières. »

Il s'agissait dans un cas d'une ankylose du genou où la flexion à angle aigu de la jambe sur la cuisse et la tension des muscles rétractés empêchèrent d'opérer la compression circulaire d'une façon uniforme et complète. L'autre insuccès est le cas de désarticulation de la hanche, le lien circulaire, appliqué obliquement à la racine du membre, du périnée à l'épine iliaque, diminua l'hémorrhagie, mais sans la prévenir complètement.

« Sur les 14 opérés, 11 sont guéris ou près de l'être. Les » trois cas suivis de mort sont d'abord la désarticulation de » la hanche, puis deux amputations de cuisse pratiquées chez » des femmes, dans un cas pour une gangrène de la jambe, » dans l'autre pour un ostéo-sarcome pulsatile du tibia. »

Billroth signale à ce propos la possibilité dans les cas de gangrène de faire pénétrer par la compression des matières septiques dans le torrent circulatoire, et conseille dans les cas de ce genre de se borner à appliquer la ligature supérieure. Dans un cas il a opéré sans chloroforme son malade et n'a pas vu que l'anémie locale produisît l'anesthésie au moins immédiatement.

« Grandesso Silvestri avait employé dès 1871 un procédé » identique à la clinique de Padoue, et seulement dans les » amputations. Mais Esmarch est le premier au moins en Alle- » magne qui ait appliqué et généralisé ce procédé qui n'est » devenu pratique que par ses perfectionnements. » (Trad. *E.*)

BIBLIOGRAPHIE

Des abcès par congestion ouverts dans les poumons et les bronches, par M. le Dr Chénieux. Paris, 1873.

L'ouverture dans les poumons et les bronches n'était, sans doute, pas chose inconnue avant le travail de M. Chénieux. Il suffirait au besoin pour s'en convaincre de lire les deux pages d'historique et de bibliographie dont l'auteur a fait précéder son travail. Mais si cet accident du mal vertébral avait été signalé, il ne l'avait été qu'en passant et d'une manière très-vague. C'est cette lacune que M. Chénieux a entrepris de combler.

La partie la plus importante de son travail est, sans contredit, celle que l'auteur a consacrée à l'anatomie pathologique : s'appuyant sur les faits observés par lui-même ou recueillis dans la littérature médicale, s'éclairant volontiers pour l'interprétation des lumières de l'anatomie et de la physiologie normales, l'auteur montre, explique successivement la formation de ces abcès, leur siége sur les parties latérales des corps vertébraux, ou encore leur disposition en bissac déterminée par la présence du ligament médian antérieur, leur forme aplatie, conséquence de la pression exercée à leur surface médiastine par le jeu de la respiration, le passage du pus dans le tissu cellulaire sous-pleural, la pleurite adhésive qui en est la conséquence, l'ulcération des deux feuillets de la séreuse adhérents et confondus et enfin l'ouverture de l'abcès dans les poumons et dans les bronches. Ce travail de pénétration est quelquefois hâté et favorisé par la présence d'esquilles ou de fragments osseux qui perforent le tissu pulmonaire.

Tous les abcès qui s'ouvrent dans les bronches n'ont pas, comme on le pourrait croire, leur origine dans les vertèbres dorsales ; dans deux cas relatés dans le travail de M. Chénieux, le pus venait de la région cervicale d'où il avait fusé jusque dans le médiastin postérieur, sans doute en suivant la gaine du long du cou dont les insertions descendent jusqu'à la quatrième dorsale.

M. Chénieux est court sur le chapitre des symptômes et du diagnostic ; on ne peut que le féliciter d'avoir échappé à la tentation de sortir de son sujet. Dans un pareil sujet, le meilleur moyen de diagnostic que l'on puisse donner est celui d'appeler l'attention sur la possibilité d'un mal de Pott dont un examen attentif pourra permettre de constater l'existence.

Ce travail est basé sur dix-huit observations dont cinq inédites. C'est clair, c'est précis, et, ce qui ne gâte rien à l'affaire, écrit en français. F.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

NOUVELLES

Mortalité a Paris. — Du 27 septembre au 3 octobre 861 décès. Rougeole, 16 ; fièvre typhoïde, 41 ; érysipèle, 3 ; bronchite aiguë, 16 ; pneumonie, 34 ; dyssentérie, 6 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 26 ; choléra nostras, 50 ; angine couenneuse, 10 ; croup, 14 ; affections puerpérales, 10 ; autres affections aiguës, 234.

Londres. — Du 21 au 27 septembre 1,177 décès. Rougeole, 22; scarlatine, 11; fièvre typhoïde, 28; érysipèle, 11; bronchite, 100; pneumonie, 61; dyssentérie, 1; diarrhée, 85; choléra nostras, 3; diphthérie, 4; croup, 11; coqueluche, 89.

Faculté de médecine. — La bibliothèque sera ouverte le 15 octobre.

Choléra. — Une instruction concernant le choléra vient d'être publiée par le Conseil d'hygiène. Elle recommande principalement : 1° de traiter au plus vite la diarrhée préliminaire par la menthe, le rhum, les opiacés, etc.; 2° de veiller à l'exécution des soins hygiéniques (propreté, sobriété, vêtements suffisamment chauds, etc.); 3° de placer les lits au milieu des chambres, et non dans les encoignures, de désinfecter le produit des déjections alvines et des vomissements par l'addition d'acide phénique (2 à 10 grammes par litre d'eau), de chlorure de chaux, d'eau de javel; de laver dans des solutions des mêmes substances les effets qui auront servi aux cholériques (*Gaz hebd.*, n° 40.)

Europe. — Les ports suivants, dit *The Lancet*, sont considérés comme infectés par le choléra : Vilveg (Finlande), Dantzig, Königsberg, Pillau, Stettin, Helsingborg, Cronstadt, Rouen, Caen, le Hâvre, Riga, Naples, Gênes et Trieste.

Roumanie. — D'après le *Journal Officiel*, 19 septembre, 2 octobre, il y a eu durant la semaine 345 cas nouveaux qui, joints aux 262 cas anciens, font un total de 607. Ils se répartissent ainsi : guéris, 161; en traitement, 260; morts, 186. Dans cette statistique sont compris 130 cas nouveaux et 78 décès à Bucharest.

Autriche. — Vienne, 3 octobre. L'épidémie décroit très-rapidement; les derniers foyers s'éteignent. Voici les chiffres des cas nouveaux pour les jours de la semaine : 28, 24, 11, 15, 13, 11, 10; la mortalité étant de 20, 17, 8, 6, 7, 5, 3; on peut donc prévoir pour un temps rapproché l'extinction complète du fléau, l'amélioration marche du même pas dans les faubourgs où il n'y a eu que 59 cas cette semaine. En province, où l'épidémie s'étend sans gagner en intensité, il faut même constater qu'elle a perdu de la malignité de son début. Dans nombre de cas, le transport de la maladie d'un endroit à un autre peut être démontré. De là vient que les localités échelonnées le long des chemins de fer, telles que Baden, Bruck et Vieuer-Neustadt, et surtout les localités industrielles, ont été toutes plus ou moins éprouvées. L'épidémie a pris une grande extension dans les briqueteries d'Inzerdorf, à Marienthal, à Traiskirchen et à Gainfarn; il y a aussi de nouveaux foyers dans le district de Krems. Dans ceux de Scheibbs et d'Amstetteu, l'épidémie est limitée en un seul endroit; elle envahit celui de Mistelbach; Liliersfeld, Zwettl et Horn sont encore indemnes.
(*Wiener Mediz. Wochenschr.*)

Italie. — Le choléra persiste encore dans le Frioul, mais c'est surtout à Gênes et à Naples qu'il prédomine.

Angleterre. — Un petit navire venant du Hâvre avait, à son arrivée dans la petite rivière de Mersey plusieurs cas de choléra (*The Lancet*).

France.—*Hâvre.* Le choléra est décidément en décroissance, nous assure notre correspondant : il n'y aurait eu que 15 décès la semaine dernière.

Cherbourg. — On nous signale l'apparition du choléra dans cette ville.

Paris. Hôpital de la Charité. — Le 3 octobre, un décès (femme); — un cas nouveau, extérieur (femme), le 7 octobre.

Hôpital Saint-Antoine. — Un seul cas nouveau depuis le 1er octobre : femme morte le lendemain de son admission.

Hôpital Lariboisière. — Du 1er au 8 octobre, 7 cas nouveaux dont deux intérieurs; 5 décès. Total depuis le 5 septembre : 69 cas, dont *vingt-quatre intérieurs*; 46 décès.

Hôpital de la Pitié. — Du 3 au 9 octobre, un cas extérieur actuellement en traitement; un décès le 5, un cas intérieur.

Hôtel-Dieu. — Hommes en traitement au 2 octobre, 6; cas nouveaux, 3, dont deux intérieurs. Total depuis le début de l'épidémie, 24; décès. 20. — Femmes. Du 2 au 9 octobre, un cas nouveau, 3 décès; 3 malades en traitement, une guérison. Total depuis le début de l'épidémie, 30 cas. 17 décès.

Hôpital St-Louis. — Un cas le 9 octobre; homme de 28 ans dont la femme avait succombé au choléra.

Concours. — Les juges pour le concours de *l'internat* qui doit s'ouvrir le 13 octobre sont : MM. Ball, Desormeaux, Frémy, Alp. Guérin, Hardy, Marjolin et Ollivier.

— Les juges pour *l'externat* sont : MM. Anger (Th.), Audhoui, Duguet, Delens, Lécorché, Rigal, Terrier. On a fait subir tout d'abord les épreuves aux volontaires d'un an. Ils ont eu à traiter dans la première séance la question suivante : Du maxillaire inférieur; — et dans la seconde : de la saignée. — Voici les questions d'anatomie qui ont été traitées l'année dernière: Clavicule; — conformation extérieure et rapports du cœur; — artère fémorale; — articulation temporo-maxillaire; — tibia; — aorte abdominale; — rapport des poumons; — articulation scapulo-humérale; — os coxal; — veines du membre supérieur; — fosses nasales; — muscles de l'omoplate : — os temporal; — diaphragme.

—Le Lundi 16 mars 1874, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin. Le concours se composera de cinq épreuves, à savoir : lundi, question d'anatomie et de physiologie (mémoire), mardi, question de pathologie interne (mémoire); mercredi, question d'hygiène et de thérapeutique (mémoire); jeudi, clinique avec consultation orale, vendredi, clinique avec consultation écrite.

Deux années de pratique comme docteur sont exigées des candidats qui n'auraient pas fait dans les hôpitaux de Lyon, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne. Le médecin nommé par suite du concours remplit les fonctions de suppléant jusqu'à ce qu'il succède, par rang de nomination, à un médecin titulaire; son service comme titulaire a une durée de quinze années.

Le traitement des médecins est fixé comme il suit; 1,000 fr., honoraires fixes, et 1,000 fr. pour droit de présence attribués au suppléant qui fait le service du titulaire malade ou empêché (*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Le docteur Donald Dalrymple, le député libéral de Bath, faisant partie du groupe médical du parlement anglais, est mort du choléra à Southampton, le 19 septembre. Le Dr Dalrymple s'était particulièrement occupé de la question de l'ivrognerie; récemment encore il s'était rendu aux Etats-Unis pour y visiter les asiles réservés aux ivrognes. Il a publié, dans *The Medical Press and Circular*, quelques articles relatifs à cette question lors de la discussion du dernier Bill sur l'ivrognerie. (*Presse méd. belge*, n° 44.)

— M. le Dr Martin, professeur à l'école préparatoire de médecine de Marseille vient de mourir à l'âge de 84 ans. D'après la *Gazette des hôpitaux*, M. Martin a laissé un legs considérable à la Société des médecins des Bouches-du-Rhône et sa bibliothèque à l'Ecole de médecine. C'est là une libéralité qu'on ne saurait trop louer et qui, malheureusement, est assez rare en France.

— M. le Dr Picard, ancien interne des hôpitaux, traducteur de différents auteurs allemands en particulier de Virchow est mort le 26 août.

Nécrologie. — M. le Dr Delocre, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon; — M. V. Poncet, ancien pharmacien; — M. le Dr Chauvin, de Damville (Eure.) — M. le Dr Vastel, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Caen vient de mourir.

Administration générale de l'assistance publique. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1873-1874). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie chirurgicale. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis; — 2° Anatomie descriptive. — M. le docteur Terrillon, prosecteur, les lundis et jeudis; — 3° Physiologie. — M. le docteur Marchand, prosecteur, les mercredis et samedis; — 4° Histologie. — M. Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Archives de physiologie normale et pathologique, publiées par MM. *Brown-Séquard*, *Charcot*, *Vulpian*. — Le numéro de septembre renferme les articles suivants, Etudes sur la nitride d'amyle, par Amez Droz; — Des altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du nerf sciatique chez le lapin, par Georges Hayem; — Sur deux cas de tubulhématie rénale chez les nouveaux-nés, par Parrot; — Considérations anatomiques et pathologiques sur le faisceau postérieur de la moelle épinière, par Pierret; — Contribution à l'histoire de l'empoisonnement mercuriel aigu, par Auguste Ollivier; — Contribution à l'étude de la physiologie de la rate, par Bochefontaine; — Contributions à l'anatomie pathologique de la dysentérie chronique, par Kelsche; — Contribution à l'histoire anatomique de l'atrophie musculaire saturnine, par Gombault; — Note sur de nouvelles expériences relatives à la réunion bout à bout du nerf lingual et du nerf hypoglosse, par Vulpian. — Un an; Paris, 20 francs, départements, 22 francs. G. Masson, éditeur.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 19 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 18 OCTOBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............... 8 »

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.*)*

CLINIQUE MEDICALE.

Maladie du Cœur ; Grossesses ; Avortements.

Observation et réflexions par **P. BUDIN**, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. *Femme ayant eu 14 grossesses. — Affection cardiaque accompagnée de phénomènes d'angine de poitrine symptomatique survenant dans le courant de la 15e; — 15e 16e et 17 grossesses terminées par avortement dans le courant du 6e mois.*

La nommée L.... Antoinette, Marie, âgée de 40 ans, journalière, entrée à l'hôpital St.-Antoine. salle Ste.-Geneviève no 13 (service de M. le Dr GOMBAULT) le 21 Juillet 1873. Cette femme a été constamment bien portante jusqu'à ces dernières années. Mariée à vingt ans elle a été dix-sept fois enceinte. Elle fit d'abord trois fausses couches au terme de deux mois ou deux mois et demi.

Sa quatrième grossesse fut normale, mais elle accoucha à terme d'un enfant mort.

La 5e et la 6e enfants naquirent vivantes et à terme.

Elle fit ensuite deux fausses couches vers deux mois et demi.

La 9e et la 10e grossesses se terminèrent par la naissance de deux enfants vivants et à terme. Onzième grossesse, fausse couche à deux mois.

12e, 13e et 14e enfants nés à terme et vivants. 15e, 16e et 17e, grossesses terminées par une fausse couche à cinq mois et demi et six mois.

Jusqu'au moment où elle devint enceinte pour la 15e fois, cette femme n'avait jamais été souffrante, jamais elle n'avait eu d'attaques de rhumatisme articulaire, jamais de battements de cœur. Vers la sixième semaine de cette 15e grossesse elle fut prise d'accès d'étouffements très-violents et tels qu'elle croyait chaque fois qu'elle allait succomber. Le début de ces étouffements était marqué par des battements de cœur. Ces accès de dyspnée allèrent en s'aggravant jusqu'au moment où sa fausse couche eut lieu, ils cessèrent alors.

Elle devint enceinte pour la 16e fois : les battements de cœur et la dyspnée devinrent encore plus fréquents pendant le cours de cette grossesse et pendant la 17e : ils cessèrent chaque fois que l'avortement fut accompli. Les fœtus qui furent expulsés à cinq mois et demi et six mois n'étaient pas vivants.

La dernière fausse couche avait eu lieu le 20 mars 1869. Les battements de cœur qui avaient été très-violents pendant la grossesse avaient considérablement diminué sans avoir cependant cessé complétement lorsque son mari succomba le 15 avril suivant. Les palpitations et les accès de dyspnée reparurent alors très-forts et elle dût entrer à l'hôpital de la Pitié où elle resta pendant quatre mois.

Depuis cette époque sa santé était presque complétement rétablie. Tous les cinq ou six mois quelques crises survenaient il est vrai, mais dans l'intervalle elle était tout-à-fait bien portante. La menstruation était assez régulière, depuis 1872 seulement la date des règles est toujours avancée, elles reviennent tous les quinze jours ou toutes les trois semaines; l'écoulement de sang n'a lieu que pendant deux ou trois jours.

Le 16 juillet 1873, une crise très-forte est survenue accompagnée de battements de cœur et de sensations d'étouffements. Elle n'a eu aucun œdème des membres ni du tronc, aucune épistaxis, hématémèse, hémoptysie, ni melœna. Elle ne tousse pas, et depuis l'apparition des dernières crises seulement l'appétit est diminué.

Voici ce que la malade éprouve actuellement et éprouvait pendant ses grossesses au moment des accès. Des battements de cœur surviennent violents, répétés; en même temps une douleur très-vive apparaît spontanément, douleur qui siége au niveau de l'insertion sternale de la 3e côte gauche, s'irradie transversalement dans le 3e espace intercostal gauche, et quelquefois, mais plus rarement dans le même sens et à droite. Cette douleur est aiguë, déchirante et comparée par la malade à celle qui serait produite « par une succession de coups de canifs. » Elle remonte vers l'extrémité externe de la clavicule gauche, atteint rarement l'épaule, mais descend le long du thorax jusqu'au niveau du bord inférieur des côtes en suivant la ligne axillaire. Jamais elle ne gagne l'abdomen, jamais elle ne s'irradie dans les bras, ni n'atteint spontanément la partie supérieure du cou et la face.

Cette douleur siége encore, en arrière produisant une sensation comparée à celle que produit l'application d'un fer rouge le long du bord gauche de la colonne vertébrale. Elle s'étend depuis la 3e et la 4e vertèbres dorsales jusqu'au niveau de la partie supérieure de la région lombaire. Ces douleurs et ces battements de cœur sont tels que la malade peut croire à certains moments qu'elle va succomber.

Certaines circonstances spéciales qu'elle évite du reste avec soin déterminent le retour des crises. Ainsi lorsqu'elle marche avec persistance contre le vent, la douleur cardiaque apparaît

elle éprouve une angoisse épouvantable, elle est obligée de se retourner et de se mettre à l'abri. Une odeur trop forte de cuisine, surtout celle du poisson frit, et l'odeur du tabac ramènent également des accès : elle n'a jamais éprouvé de troubles gastriques, de nausées, de vomissements : jamais elle n'a eu de coliques hépatiques.

A l'inspection de la poitrine on ne constate l'existence d'aucune voussure. La main appliquée au niveau de la pointe y perçoit un léger frémissement. La pression avec l'index exercée en certains points très nets détermine l'apparition d'une violente douleur et d'accès de dyspnée. Ces points sont : — le 3e espace intercostal gauche près du bord sternal, — le bord externe de l'insertion claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien gauche, — les insertions antérieures et latérales du diaphragme du même côté.

En arrière, la pression est également douloureuse au milieu de la partie latérale gauche de la colonne vertébrale : peu marquée au niveau de la 3e vertèbre dorsale elle atteint son maximum au niveau de la 5e 3e et 7e, et ne descend pas au-delà de la partie latérale des premières vertèbres lombaires.

A la *percussion*, pratiquée par M. le Dr Peter, on trouve que l'aorte à son origine mesure cinq centimètres de largeur. A l'*auscultation*, on entend au niveau de la pointe un bruit de souffle un peu rude précédant légèrement et surtout accompagnant le 1er temps : au niveau de la base on perçoit quelques légers frottements qui apparaissent plus nombreux lorsqu'on exerce une certaine pression sur le sthétoscope.

Le *pouls* est petit et serré. La malade éprouve très-facilement des émotions vives : les battements de cœur s'exagèrent alors et il suffit de passer légèrement l'index sur la peau pour déterminer l'apparition de ce qu'on appelle la raie méningitique. Après un séjour de quelques semaines et un traitement approprié l'état de la malade s'est beaucoup amélioré et elle a pu quitter l'hôpital,

Réflexions. — *En résumé*, il existait chez cette femme des symptômes d'insuffisance mitrale et de péricardite sèche au niveau de la base s'accompagnant de phénomènes d'angine de poitrine symptomatique. Quatorze grossesses s'étaient terminées régulièrement ou par une fausse couche vers deux mois et demi lorsque ces accidents cardiaques survinrent dans le cours de la quinzième. Aucune des trois dernières grossesses ne put alors être conduite à terme ; on vit dans les trois cas les accidents s'aggraver à mesure que la gestation s'avançait et enfin l'avortement survenir dans le cours du sixième mois.

Bien qu'elle ne soit pas encore exposée dans les traités d'obstétrique, les accoucheurs et les médecins connaissent aujourd'hui la funeste influence de la grossesse sur les maladies du cœur. (1) En effet, par le fait même de la grossesse la masse totale du sang augmente chez la femme enceinte : il en résulte une hypertrophie physiologique du ventricule gauche. Le cœur de la femme doit désormais battre pour deux, ses poumons devront aussi respirer pour deux. S'il préexistait une insuffisance mitrale, la résultante de la contraction exagérée du cœur sera une accumulation de sang dans l'oreillette gauche et dans les poumons. De là des bronchites aisément contractées, bronchites congestives qui prennent les proportions du catarrhe suffocant et qui s'accompagnent d'hémoptysie. Les poumons sont donc compromis : le muscle cardiaque lui-même l'est davantage ; les accidents de la deuxième période des maladies du cœur sont précipités et le passage à la troisième période est accéléré. Des intermittences du cœur et du pouls apparaissent : il y a asthénie cardiaque (Peter). Tels sont les accidents qu'amène la grossesse dans l'insuffisance mitrale.

En présence du fait qui précède et de quelques autres que nous rapporterons plus tard, n'est-il pas permis de se demander si les affections cardiaques n'ont pas à leur tour une action réciproque sur le développement de la grossesse et si dans certains cas, rares sans aucun doute, elles ne sont pas la cause de l'avortement et de l'accouchement prématuré ?

(1) Voyez Peter. — *Grossesse et Maladies du cœur*. In *Union médic.* 1873.

THÉRAPEUTIQUE

De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux (1).

Propriétés physiologiques

L'étude de l'action physiologique d'un médicament constitue toujours un problème difficile, tant sont nombreuses les causes d'erreurs, tant est délicate souvent l'interprétation des faits observés. Toutefois, l'expérimentation est ici d'un grand secours, et, venant en aide à la clinique, elle nous permet d'établir, dès à présent, les points principaux de l'action physiologique de la triméthylamine. M. Guibert est le premier qui se soit occupé avec fruit des effets physiologiques de ce médicament; après lui, Namias, Fargier-Lagrange, Dujardin-Beaumetz ont apporté leur contribution à cette étude dont le champ a été élargi et éclairé par les expériences récentes de M. Hamdy.

Mise en contact avec la peau, la triméthylamine ne détermine aucun effet apparent ; en frictions, elle produit seulement un peu de rubéfaction. Appliquée sur les muqueuses, elle agit à la manière des caustiques; tout d'abord on éprouve une sensation de fraicheur à laquelle succède bientôt une vive chaleur qui se prolonge pendant plusieurs minutes.

A l'intérieur, la triméthylamine à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, donne ordinairement des renvois et paraît accélérer la digestion ; quelquefois on observe un peu de diarrhée, rarement des vomissements. Le pouls perd de sa force et le nombre des pulsations diminue après avoir souvent subi quelques oscillations.

A plus forte dose, à dose toxique, les effets sont très-marqués. Il se produit des secousses, puis de véritables convulsions tétaniques avec irrégularité et parfois suspension de la respiration, contraction des vaisseaux capillaires et ralentissement du cœur. A cette période d'excitation succède la période de collapsus, de résolution musculaire, marquée par l'immobilité, l'assoupissement, le ralentissement de la respiration, la paresse du cerveau. A un degré plus avancé, le cœur s'arrête, l'animal ne réagit plus à aucune excitation et est plongé dans la plus complète insensibilité.

Lorsque l'empoisonnement n'est pas mortel, la marche des phénomènes met généralement plusieurs jours à s'accomplir. Ainsi, la convulsibilité peut durer un jour, la période de résolution musculaire et de perte d'excitabilité deux ou trois jours, et les phénomènes de retour ne se montrer que le quatrième jour : ils s'annoncent alors par la réapparition des mouvements dans un ordre inverse à celui de leur disparition (Hamdy).

Après avoir tracé le tableau synthétique de l'action physiologique de la triméthylamine il nous faut maintenant nous arrêter un instant pour examiner de plus près quelques-uns des détails de ce tableau. Peut-être de cet examen analytique découleront les indications thérapeutiques du médicament et s'il est possible, la connaissance de la nature intime de son action.

Appareil digestif. — Le goût de la triméthylamine est généralement désagréable, et doit être masqué par des substances aromatiques si l'on ne veut pas amener le refus des

(1) Voir les nos 12 et 17 du *Progrès Médical*.

malades. Portée sur la *langue*, la substance provoque à petite dose, une légère excitation locale, un léger picotement, qui amène, par action réflexe, une salivation abondante avec sensation de chaleur assez prononcée dans la bouche. Ingérée dans *l'estomac*, elle produit quelquefois le sentiment de la faim; à dose un peu forte (2 gr. à 2 gr. 50), elle provoque des vomissements qui tiennent évidemment à l'irritation gastrique, car on ne les voit pas survenir lorsque, sur les animaux, on pratique des injections sous-cutanées de triméthylamine. Le médicament est donc directement vomitif, par suite de l'irritation qui survient après son injection. Deux expériences dues à MM. Cadet-Gassicourt et Hirne prouvent d'ailleurs l'existence d'une gastro-entérite évidente produite par l'action locale du médicament.

A dose thérapeutique, le vomissement ne se produit généralement pas; en tous cas, il dure peu et ne trouble pas la digestion. L'appétit, au contraire, est augmenté; mais il survient le plus souvent de la diarrhée. Ce fait est noté dans un très-grand nombre d'observations.

Pouls et circulation. — Il s'agit ici de la fréquence et de la force du pouls. Le ralentissement est noté à peu près par tous les observateurs et les expérimentateurs.

M. Guibert qui a expérimenté sur lui-même a vu, sous l'influence de 20 gouttes de propylamine, le pouls tomber de 66 à 59 pulsations; ayant continué le lendemain, le pouls est descendu à 54 pulsations, et le troisième jour il est encore tombé de 8 à 9 pulsations.

M. Fargier-Lagrange confirme et complète les faits observés par M. Guibert; pour lui, le fait principal à relever dans l'action de la triméthylamine, c'est l'action sédative sur la circulation; à dose faible, de 5 à 10 gouttes, elle active le pouls; à dose plus forte, elle le déprime si bien qu'à 50 gouttes et au-delà, elle produit sur le cœur des effets antipyrétiques. Cette action sédative finale sur l'éréthisme des fonctions nerveuses est la caractéristique de la triméthylamine dont on peut négliger les effets stimulants préalables et passagers.

Le docteur Namias a été également frappé des effets de la triméthylamine sur la circulation et les caractères du pouls. Il a vu que ce médicament avait pour effet constant de diminuer le nombre des pulsations et, parallèlement, de déterminer un abaissement de la température. Ce n'est pas seulement la fréquence du pouls qui est diminuée; mais la modification porte en même temps sur sa force et son volume, c'est-à-dire sur la tension artérielle. Cette influence de la triméthylamine sur la dépression du pouls est notée par M. Cadet-Gassicourt dans une observa ion intéressante dont nous résumons seulement ce qui a trait à notre sujet.

Observation VIII. — *Rhumatisme articulaire subaigu. Traitement par la triméthylamine. Action très-marquée sur les battements du cœur.* — Lor... charretier, 31 aus, est entré dans le service le 23 janvier 1873, pour uue troisième attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, dont le début remonte à quatre jours avant son entrée. Il présentait en plus un double souffle à la pointe du cœur, indiquant une lésion qui est ancienne, mais sans trouble ni irrégularité dans les battements du cœur ou le pouls. — Le 24 janvier, on prescrit un gramme de propylamine. — Le 25, le malade se déclare fort soulagé. — Le 29, on prescrit 2 grammes. et la même dose est continuée jusqu'au 4 février. — Il sort guéri le 8 février.

Voici quelle a été la marche de la température et celle du pouls :

	Température			Pouls	
	Matin.	Soir.		Matin.	Soir.
24 janvier........	››	38° 4	—	‹	››
25 —	38, 6......	39° 2	—	‹	››
26 —	38, 2......	38° 2	—	110	92
27 —	38, 2......	38° ›	—	‹	99
28 —	37°	37° 2	—	76......	90
29 —	37°	››	—	60......	››
30 —	››°	››	—	64......	››
1er février........	37°	››	—	48......	››
2 —	››, ...	››	—	50......	››
4 —	››, ...	››	—	48......	››

On voit dans cette observation sous l'influence de 2 grammes de triméthylamine, le pouls s'abaisser de 110 à 48 pulsations.

M. Dujardin-Beaumetz a fait aussi sur lui-même une série de recherches, et le résultat constant a été la diminution des pulsations du pouls et en même temps la dépression de la température. M. Aissa Hamdy, dans des expériences d'une portée plus générale, a aussi contribué à élucider ce point. Il nous démontre que, sur les grenouilles, le cœur conserve pendant quelques instants sa régularité, sa fréquence et sa force normales. Bientôt apparaissent quelques palpitations musculaires, les secousses et les battements du cœur sont ralentis; les pulsations tombent de 60 à 50 ou 40; c'est au moment de la période de résolution musculaire générale que les battements du cœur atteignent leur maximum de ralentissement (14 à 22), d'affaiblissement et qu'ils deviennent irréguliers et intermittents.

M. Cottard n'est pas persuadé de cette action de la triméthylamine sur la fréquence du pouls; pour lui, les faits ne sont pas concluants, et il discute surtout les conclusions formulées par M. Dujardin-Beaumetz; il ne connaissait pas alors les expériences de Hamdy qui ne permettent plus de nier l'influence certaine du médicament. Qu'il y ait au début de l'injection de la triméthylamine une stimulation circulatoire, comme l'a observé M. Gubler, nous ne le nions pas; nous voyons même que ce fait s'est produit dans un certain nombre d'observations; mais que, par la continuité de son action, le médicament ne ralentisse pas les battements du cœur, c'est ce que nous ne pouvons admettre.

Il semble cependant que le fait soit bien simple; pourquoi donc une telle divergence? Elle vient évidemment des doses du médicament, de l'expérimentateur et des conditions de l'expérimentation.

Quand on administre la triméthylamine à dose thérapeutique, le fait constant est le ralentissement du pouls, tout au plus précédé pendant quelque temps de quelques pulsations accélérées et de quelques intermittences passagères; mais en clinique, l'observation est difficile. La maladie rhumatismale est une maladie à types irréguliers, et l'effet d'un médicament est d'une appréciation délicate. Mais chez l'homme sain, il faut savoir que la triméthylamine, administrée pendant un certain temps, ralentit constamment les battements du cœur. Si l'on reste au-dessous de la dose thérapeutique, on n'observe généralement aucun effet appréciable.

Dans les conditions thérapeutiques, la triméthylamine agit sur le pouls, comme le ferait la digitale; mais toutefois, à un degré moindre, malgré l'opinion contraire de Namias; à dose toxique, les effets ne sont plus les mêmes, tandis que, avec la digitale, le cœur bat avec énergie et rapidité, que le pouls est fort et vibrant, que la tête est congestionnée, avec la triméthylamine, au contraire, les pulsations cardiaques atteignent leur maximum de ralentissement, le cœur s'arrête en diastole. Dans les cas non mortels, le ralentissement du cœur reste à son maximum tant que dure la période de collapsus général, puis les battements reviennent un peu plus fréquents et moins faibles, à mesure que les phénomènes de retour s'accusent par le rétablissement de la respiration et des mouvements généraux. — Tandis que la digitale à dose toxique, parait agir en paralysant l'action du bulbe qui diminue l'action refrénante des nerfs vagues sur le cœur, la triméthylamine, au contraire, ne parait avoir aucune action sur le pneumo-gastrique et le ralentissement du pouls semble devoir être expliqué par la paralysie du centre cérébro-spinal.

Force et forme du pouls. — D'expériences peu concluantes, en tous cas trop peu nombreuses, M. Dujardin-Beaumetz déduit que la triméthylamine diminue l'intensité du pouls; cette action est-elle bien réelle, est-elle bien évidente, c'est ce que nous allons examiner en nous appuyant sur les expériences de M. Hamdy, les seules que nous connaissions. D'après cet expérimentateur, l'action la plus immédiate de la triméthylamine est la contraction des capillaires par excitation des vaso-moteurs et peut-être des fibres musculaires, et cette contraction a pour effet constant d'augmenter la tension artérielle, à peu près sans changement dans la fréquence du pouls.

Le second effet est une diminution de la tension artérielle dix à trente minutes après l'injection de la triméthylamine, et comme à ce moment les artérioles capillaires

restent contractées, ainsi qu'on le constate à la chambre claire et au micromètre, et que la force du cœur n'est pas encore notablement affaiblie, il faut admettre que la diminution de tension accompagnée d'un peu de ralentissement du pouls est due à l'excitation des nerfs vagues.

A une période plus avancée de l'intoxication et avec les fortes doses, la parésie des vaso-moteurs produit le relâchement des vaisseaux; c'est alors que la diminution de la tension artérielle atteint son maximum; et que les battements du cœur sont à la fois plus lents et plus faibles. (Hamdy).

Quoiqu'il soit généralement admis que l'intensité du pouls est en rapport inverse avec le nombre des révolutions cardiaques, il nous faut cependant admettre les conclusions de MM. Hamdy et Dujardin-Beaumetz, conclusions, qui, si elles se justifient, marquent encore une différence entre l'action de la triméthylamine et celle de la digitale. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE INTERNE.

Notes sur trois cas de tuberculose dont le diagnostic offrant des difficultés particulières n'a pu être fait (1).

Par le docteur **R. LÉPINE**, chef de clinique.

OBSERVATION II. — *Pleurésie gauche; tuberculose miliaire aiguë des deux poumons; foie gras, tubercules de la rate, de l'ovaire*, etc.

Mme X.., âgée de 28 ans, entrée le 15 juin 1873 à la clinique de M. le professeur Sée, dit avoir eu au mois de janvier dernier une pleurésie du côté gauche pour laquelle elle est entrée dans le service de M. Moutard-Martin qui lui aurait enlevé par une ponction environ un litre de liquide. Depuis, elle a eu une existence fort accidentée, par suite de la mort de son amant. D'après son récit, elle aurait eu depuis huit jours des vomissements abondants.

Actuellement fièvre: T. A. 40°,6; pouls très-fréquent, coloration sub-ictérique des conjonctives; elle se plaint de douleurs dans le ventre, surtout au creux épigastrique. La palpation montre que l'abdomen est un peu tendu, surtout à droite et à l'épigastre; à la percussion, le foie déborde sensiblement le rebord des fausses côtes. La percussion et l'auscultation minutieuses du cœur et des poumons ne révèle absolument rien d'anormal, sauf peut-être un peu moins de son à la base gauche. (Lait, opium).

Le soir, même état: T. A. 40°,6. L'urine ne renferme ni albumine, ni matière colorante de la bile.

16. Aux symptômes précédents il s'est ajouté du subdélirium; on ne peut obtenir de la malade des réponses raisonnables sur son état; elle est un peu agitée, T. A. 39°, 4. Le soir, 40°, 5.

17. Délire et agitation plus grande; la teinte sub-ictérique ne s'est pas modifiée. T. A. 39°, 2. Le soir, 39°, 6.

18. La malade, plus agitée, s'assied par moments sur son lit; la température oscille comme hier, mais elle est moins élevée qu'hier, le matin et le soir, d'un demi degré. L'urine ne renferme pas d'albumine.

19. Matin. T. A. 38°,4. Mort dans la journée.

AUTOPSIE. — Embonpoint du sujet: la couche de graisse sous-cutanée de l'abdomen a plus d'un centimètre et demi d'épaisseur.

Le *cœur* est un peu distendu par des caillots; le muscle cardiaque est mou; les valvules et l'endocarde sont à l'état normal.

Le *poumon gauche* adhère à la paroi costale par des adhérences que l'on déchire au moyen d'un petit effort; il est *un peu* affaissé. Le *poumon droit* est lourd et un peu œdémateux. Tous deux, le *droit surtout*, sont criblés de granulations tuberculeuses, plus grosses au sommet, où elles sont d'un blanc-jaunâtre et du volume d'un grain de millet.

Le *foie* est très-volumineux; il déborde notablement les fausses côtes: la vésicule renferme une bile jaune normale; à la coupe le tissu hépatique est très-mou; les acini peu distincts; leur coloration est jaune-pâle à la périphérie, un peu brune au centre; à l'œil nu on n'y découvre pas de granulations.

La *rate* un peu grosse, molle, de couleur lie de vin, présente quelques tubercules caséeux de la grosseur d'un grain de blé dont le centre est ramolli.

Les *reins* sont gros; la substance corticale, pâle, paraît malade. Le rein gauche présente dans cette substance de gros noyaux irréguliers, mais caséeux, M. Cornil, qui en a fait l'examen, pense qu'il est difficile de se prononcer sur la question de savoir si l'on a à faire à un abcès ou à un tubercule.

La muqueuse stomacale est saine, sauf quelques petites ecchymoses qui se continuent dans la muqueuse duodénale. Celle de l'intestin grêle, jusqu'à la valvule iléo-cœcale, présente un peu de rougeur; les plaques de Peyer et les ganglions mésentériques sont sains; le colon présente aussi quelques arborisations vasculaires; le rectum est sain.

Utérus en antéflexion; petit kyste de l'ovaire gauche; l'ovaire droit présente à son centre un tubercule de la grosseur d'un pois. — Le cerveau et ses méninges sont à l'état normal; pas de congestion; pas de sérosité dans les ventricules.

Examen microscopique, fait par M le docteur CORNIL. — Sur des coupes faites de façon à avoir une section verticale d'une pyramide et de la substance corticale adjacente, on trouve une série de nodules distribués sur la surface de la coupe d'une manière assez irrégulière, ils sont plus nombreux dans la portion corticale. Leur forme est irrégulière et leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un petit grain de blé.

Ces noyaux sont constitués par des amas de leucocytes qui, par leur accumulation, masquent complétement le tissu rénal sous-jacent; —la partie centrale est ramollie et formée par un détritus granuleux. — Dans les points où les coupes sont très-fines on peut s'assurer que les trabécules qui limitent les tubules, sont chargés de leucocytes et les capillaires qui y sont contenus sont gorgés des mêmes éléments et d'hématies dont un certain nombre sont sorties des vaisseaux et mêlées au détritus granuleux où on les reconnaît assez facilement.

A la périphérie du plus grand nombre de ces amas de leucocytes les vaisseaux sanguins, surtout les vaisseaux artériels sont oblitérés par des coagulums assez récents constitués par des hématies et des leucocytes.

Dans la partie centrale d'un certain nombre de ces infarctus, où cette portion n'est pas encore détruite, on reconnaît également de gros vaisseaux oblitérés par des coagulums de la même nature.

Le tissu rénal intermédiaire à ces infarctus est enflammé; le processus irritatif a porté plus particulièrenent sur le tissu conjonctif, et y est caractérisé par la présence d'un assez grand nombre de leucocytes.

La capsule du rein est notablement épaissie et très-manifestement enflammée, on y retrouve un grand nombre d'éléments embryonnaires et de globules de pus.

On voit en résumé que toutes ces lésions se rapprochent beaucoup de celles que l'on retrouve dans les cas d'infarctus d'infection purulente et annoncent une inflammation suppurative très-aiguë.

Nous ne croyons pas qu'on eût pu arriver dans ce cas à établir un diagnostic exact, tant la tuberculose aiguë a revêtu une forme insolite. L'état typhoïde a complétement fait défaut; souvent, les derniers jours, cette malade était assise sur son lit, ce qui n'a pas lieu dans l'état typhoïde; d'autre part, la forme asphyxique n'existait pas davantage; la malade n'était pas cyanosée; elle était simplement pâle. Enfin la température, élevée le jour de l'entrée matin et soir, a depuis baissé d'une manière continue en oscillant régulièrement du matin au soir; elle n'a pas d'habitude cette régularité dans la tuberculose miliaire aiguë.

Non-seulement les symptômes habituels de cette maladie ont fait totalement défaut, mais des symptômes insolites sont venus obscurcir le diagnostic: la douleur et la tension de l'abdomen, l'augmentation de volume du foie, l'ictère, attiraient

(1) Voir le n° 18 du *Progrès médical.*

forcément l'attention de ce côté ; le palper de la région hépatique était fort douloureux. C'était la seule région où la malade accusait de la douleur, aussi a-t-on, tout d'abord, songé à une hépatite, mais en faisant de grandes réserves qui étaient d'autant mieux justifiées que les jours suivants et jusqu'à la mort, il n'y a pas eu aggravation des symptômes hépatiques. Il est probable que l'ictère était sous la dépendance de l'état catarrhal de la muqueuse intestinale constaté à l'autopsie.

OBSERVATION III. — *Syphilis antérieure. — Péritonite tuberculeuse, périhépatite et périsplénite. — Pneumonie aiguë franche. — Mort.*

La nommée X..., âgée de 16 ans, artiste dramatique, entre le 14 juin 1873 à la clinique de M. le professeur Sée. Cette jeune fille, *très-grasse*, raconte qu'elle a eu, il y a deux ans, des *boutons* (plaques muqueuses), à la vulve pour lesquels elle n'a suivi aucun traitement interne. Depuis plusieurs mois, le ventre est volumineux ; elle n'en a jamais souffert ; elle ne dit pas avoir eu des vomissements ou des troubles des garde-robes.

Actuellement elle est au quatrième jour d'une pneumonie de la base du poumon droit caractérisée par un frisson initial, avec point de côté, puis par des crachats couleur abricot, par de la matité, des râles crépitants et du souffle tubaire. T. A. 40°,1. Oppression très-grande.

Le lendemain, même état ; T. A. 40°,2 (potion, poudre ipéca 1 gramme). — Le soir, pouls très-mou (rhum 60 gr.).

Le 16, oppression plus grande, soif vive, prostration extrême elle ne peut se tenir assise ; à l'auscultation, souffle tubaire plus intense; plus de râles crépitants, pommettes très-rouges. T. A. 41°.2. La nuit, délire : elle se lève et pousse des cris.

Le lendemain 17, délire toute la journée ; on est obligé de la tenir attachée depuis hier ; teinte cyanique du nez et des lèvres ; oppression extrême ; pouls 160, T. A. 40°,6 ; mort le soir.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. Putréfaction commençante. Un peu de sérosité rousse dans le péritoine, dont les deux feuillets sont criblés de granulations tuberculeuses et de petites plaques tuberculeuses, dures, saillantes, quelques-unes présentant un centre caséeux ; pas d'adhérences des anses intestinales entre elles ; pas d'ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale.

Le *foie* est très-mou ; adhérences résistantes et anciennes entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme.

Le *rate* est très-molle, adhérences semblables de sa capsule à la face inférieure du diaphragme.

Les reins sont dans un état de putréfaction qui ne permet pas de juger l'état de la substance corticale.

Cœur normal ; il ne renferme que des caillots fibrino-globulaires *très-mous*, formés évidemment après la mort.

Le *poumon gauche* est parfaitement sain, crépitant dans toute son étendue et non congestionné.

Les deux tiers inférieurs du poumon droit sont le siége d'une hépatisation rouge présentant nettement le relief des alvéoles et avec des îlots de coloration un peu pâle-blanchâtre. Le tissu du poumon a été minutieusement examiné à la loupe et on s'est convaincu qu'il ne présentait de granulations tuberculeuses ni dans sa partie supérieure saine, ni dans la portion hépatisée.

Les organes génitaux ne présentent rien d'anormal.

Chez cette malade, il nous paraît qu'il eût été difficile de soupçonner l'existence d'une péritonite tuberculeuse : le ventre était, à la vérité, un peu gros, mais vu l'embonpoint de la jeune fille, son volume pouvait à la rigueur être mis uniquement sur le compte de la graisse. Elle ne souffrait pas du ventre, dit-elle, et elle n'a pas accusé de troubles digestifs. La quantité de liquide était très-minime et ne pouvait pas être reconnue par la percussion ; enfin il n'y avait pas de rénitence.

L'absence rigoureusement constatée de granulations dans le poumon permet d'affirmer qu'on avait dans ce cas à faire à une pneumonie franche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur quelques modifications de l'épiderme et du corps muqueux de Malpighi dans l'érysipèle (1)

Par J. RENAUT, Répétiteur au Laboratoire d'histologie du Collége de France.

L'étude du développement de phlyctènes dans l'érysipèle n'a été faite jusqu'à présent que par M. Lordereau dans sa thèse inaugurale (2), et d'une manière tout à fait incidente. Il a vu « qu'elles se creusent dans l'épaisseur du réseau de » Malpighi de façon à ne pas dénuder le derme; qu'il reste » toujours à la surface des papilles au moins une couche de » cellules, ordinairement beaucoup plus, presque tout le » corps muqueux ; que les cellules qui forment la paroi intérieure de la phlyctène apparaissent comme augmentées de » volume, et sphériques, sans crénelûres, comme si elles » avaient été distendues par le liquide infiltré. »

L'auteur n'a pu suivre le développement de la phlyctène dans l'érysipèle, il n'a pas étudié l'exsudat, mais il a admis par analogie que la phlyctène se formait comme les pustules consécutives aux applications d'iode, d'huile de croton ou de pommade stibiée, ou bien que le liquide exsudé écartait les cellules les unes des autres. Les véritables phlyctènes ne se forment nullement par ce procédé pas plus dans l'érysipèle que dans les autres irritations de la peau qui s'accompagnent de productions bulleuses.

Dans la partie moyenne du corps muqueux de Malpighi, intermédiaire de la couche profonde de cellules implantées verticalement sur les papilles et la couche granuleuse qui limite inférieurement l'épiderme corné, on observe toujours dans l'érysipèle cette altération des cellules que MM. Cornil et Ranvier ont désignée sous le nom d'*atrophie de noyaux par dilatation des nucléoles*. (3) Cette lésion est surtout très marquée au voisinage des phlyctènes. Elle consiste dans l'agrandissement du nucléole qui refoule le noyau, de sorte que ce dernier est réduit d'abord à un mince croissant, puis finit par disparaître. Arrivée à cet état la cellule épidermique cesse de vivre et ne peut accomplir le dernier stade de son évolution, c'est-à-dire sécréter la matière cornée qui la soude à ses voisines pour former l'épiderme proprement dit (*stratum corneum*). Il s'ensuit constamment une desquamation plus ou moins large selon que la petite lésion dont nous venons de parler est plus ou moins étendue, aussi la trouve-t-on constamment dans les irritations de la peau ou l'épiderme s'exfolie.

C'est à cette cause, jointe à l'augmentation de pression amenée par l'œdème inflammatoire dans les couches superficielles du derme qu'est due l'apparition de la phlyctène. Au niveau du point le plus faible, c'est-à-dire le long de la couche granuleuse, à cellules dépourvues de dentelures, intermédiaire à l'épiderme corné et au corps muqueux proprement dit, une fente se produit, l'épiderme se soulève, et il se fait rapidement une exsudation dans la cavité, la phlyctène est ainsi constituée.

Le liquide accumulé dans la phlyctène contient en suspension une grande quantité d'éléments cellulaires libres : ce sont des globules blancs tout à fait semblables à ceux qui infiltrent le derme. et un certain nombre de globules rouges. Je n'ai jamais vu ces derniers manquer.

Au bout d'un certain temps l'exsudat, riche en substance fibrinogène laisse celle-ci se déposer, et il se forme un réticulum très-fin de fibrine qui cloisonne la cavité d'une manière très-élégante en emprisonnant dans ses mailles les globules, rouges et blancs. Ordinairement le réseau fibrineux s'élève du plancher de la phlyctène vers la voûte en formant des séries d'arcades régulières et superposées comme les mailles de certaines dentelles.

L'exsudat accumulé dans les phlyctènes contient donc les éléments du sang, le fait est aussi constant dans l'érysipèle phlycténoïde que dans le pemphigus et même dans l'herpès. J'ai pu constater depuis longtemps cette particularité qui ex-

(1) Note communiquée à la *Société de Biologie*, Séance du 11 octobre 1871.
(2) Thèses de Paris, *de la Suppuration dans l'Erysipèle*, 1873.
(1) *Manuel d'histologie pathologique*, T. I, p. 44.

plique pourquoi dans le zona par exemple il y a toujours une ou deux vésicules hémorrhagiques. D'où proviennent maintenant ces éléments? Il est infiniment probable qu'ils ont leur origine dans les cellules migratrices dont le derme est infiltré car on voit celles-ci s'accumuler au voisinage de la bulle et au dessous d'elles, pénétrer, en suivant surtout la gaine des poils jusqu'au corps muqueux, et le soulever par places comme pour faire irruption dans la phlyctène.

Tel est ordinairement le contenu de la bulle dans l'érysipèle. Je ne discuterai pas ici la question de savoir si elle renferme des bactéries et des microphytes particuliers comme l'a affirmé Orth (de Bonn). J'ai trouvé il est vrai dans l'épiderme des spores rangés entre les différents lits de cellules cornées et cela aussi bien dans l'érysipèle que dans les cas où la peau était absolument saine. Il est du reste très-fréquent de trouver différents germes dans les couches superficielles de l'épiderme, en dehors de tout état pathologique.

Au niveau des phlyctènes le corps muqueux de Malpighi parait parfois perdre son adhérence à sa couche papulaire de sorte qu'il se détache sur une grande surface après la mort, laissant l'épiderme complétement à nu. C'est là un phénomène purement cadavérique comme l'a bien signalé M. Lordereau. On voit alors sur les coupes de la peau une phlyctène à deux étages, mais l'inférieur ne contient d'ordinaire aucun élément cellulaire, ni de réseau fibrineux, ce qui permet de suite d'éviter toute erreur d'interprétation.

Il existe dans l'érysipèle une autre lésion de la peau un peu différente de la phlyctène, je veux parler de l'état anatomique de l'épiderme correspondant aux petites élevures qui rendent la peau rugueuse dans la forme que Borsieri appelait *Erysipelas scirrhodes* et qui lui donnent l'apparence de l'écorce d'une orange. Les petites vésicules qu'on observe dans ce cas ont une toute autre origine que les phlyctènes, leur mode d'évolution les rapproche beaucoup des pustules. On voit a leur niveau, dans la couche moyenne du corps muqueux, des masses opalescentes, très réfringentes, ne se colorant pas par le carmin, se développer dans le protoplasma des cellules épidermiques grossi, refouler latéralement le noyau et donner lieu en fin de compte à d'énormes vésicules qui s'ouvrent les unes dans les autres. Dans les cavités ainsi formées on voit des cellules épidermiques, à protoplasma granuleux semblables à l'épiderme embryonnaire et contenant un ou plusieurs noyaux vésiculeux. A côté d'elles, on rencontre des globules blancs qui ne sont probablement que des cellules migratrices qui ont traversé la couche profonde du corps muqueux pour pénétrer ensuite dans la petite cavité formée au centre de la lésion par suite de la rupture des grandes cellules vésiculeuses. Une multitude d'élevures semblables se montrent d'ordinaire les unes à côté des autres et rendent parfaitement compte de l'état granuleux de la peau. Sur ces points l'épiderne est le siége d'une prolifération active analogue à celle qu'on observe sur les limites des pustules varioliques ou consécutives à du croton et au tartre stibié. C'est donc bien à tort qu'on a pu assimiler ces dernières aux phlyctènes qui sont dues simplement à un défaut de solidité de l'épiderme survenant en vertu d'une modification particulière des cellules du corps muqueux, modification qui les rend incapables de se souder et de résister à l'énorme pression amenée par l'œdème inflammatoire qui occupe le derme. (1)

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr., à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et, plus spécialement, dans le délire hypochondriaque et dans le délire de persécution. »

Les concurrents devront surtout rechercher l'influence que ces troubles peuvent exercer sur la genèse et sur la forme du délire. Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de leur auteur.

Ils devront être adressés, avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur), à M. le Dr Motet, secrétaire-général de la Société médico-psychologique, rue de Charonne, 161, à Paris. Les membres titulaires sont seuls exclus du concours. (*Annales méd. psych.*)

(1) Ce travail a été fait au laboratoire d'histologie du Collége de France.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les mouvements de troupes au point de vue de l'état sanitaire actuel.

Depuis quelque temps les journaux politiques annoncent que de grands mouvements de troupes doivent s'effectuer. Ces projets inspirent au *Bordeaux médical* les réflexions suivantes :

« L'armée, dit M. le Dr Armaingaud, peut servir d'intermédiaire à la contagion cholérique, de deux manières différentes : soit en en répandant le germe dans tout un pays par les militaires en congé, comme les Prussiens renvoyés dans leurs foyers après Sadowa, et comme les soldats italiens renvoyés également dans leurs villages pendant le choléra de Milan (1855), où ils étaient en garnison, soit en le transportant d'une ville dans une autre, par les mouvements de troupe. Ces principes n'auraient certes nul besoin d'être rappelés, si nos confrères de l'armée jouissaient de l'indépendance nécessaire pour faire prévaloir la science sur la routine ; mais tout le monde sait que, dans l'armée française, ce n'est pas le médecin qui dirige l'hygiène des troupes, mais l'intendant militaire, et l'histoire médicale des guerres de Crimée et d'Italie nous a démontré que l'intendance n'a jamais reculé devant les plus terribles responsabilités. »

Ces réflexions, à notre avis très-justes, méritent d'autant plus d'attirer l'attention qu'on a observé parmi les soldats casernés ou campés dans les environs de Paris un certain nombre de cas de diarrhée et même quelques cas de choléra. C'est ainsi qu'à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, il est entré du 2 au 9 octobre, sept cholériques, dont six venaient de Courbevoie. Qu'on ne vienne pas invoquer, pour justifier ces déplacements, la décroissance, d'ailleurs légère, de l'épidémie. Ce serait à tort.

« Le choléra, écrit M. Tholozan, a malheureusement la » propriété de s'attacher fort longtemps aux masses d'hom- » mes. Quand elles arrivent dans des localités saines, cel- » les-ci sont généralement affectées après un temps va- » riable (1). » On voit donc que, outre la possibilité de l'importation du choléra dans des villes jusque-là indemnes, il y a encore un autre danger, constitué par l'envoi des troupes dans des villes où règne déjà le choléra. Ainsi, il ne serait peut-être guère prudent d'envoyer des régiments à Caen, à Rouen, etc.

Les faits à l'appui de notre thèse sont nombreux, et sans nous attacher aux graves inconvénients des pèlerinages, nous ne rappellerons que le suivant : Le corps expéditionnaire de la Dobrutcha quitte Varna le 20 juillet alors que le choléra sévissait depuis une huitaine de jours dans cette ville. Le 21 juillet quelques soldats sont pris du choléra; la maladie ne fit que de rares victimes jusqu'au 26 juillet; mais, à partir de ce moment, les cas devinrent si nombreux qu'en quinze jours 1,953 hommes succombèrent (2).

Nous avons cru convenable et opportun de rappeler ces faits qui montrent que, à moins de nécessités absolues, il est du devoir de tous et même de l'administration de ne pas enfreindre les prescriptions de l'hygiène.

De l'Expectoration albumineuse après la thoracentèse *(suite et fin)*.

B. — La théorie de la *perforation spontanée*, telle qu'elle a été exposée par M. Féréol, théorie intermédiaire en quelque sorte à la 2e et à la 3e des hypothèses discutées par M. Terrillon, est venue se substituer à celle-ci et c'est sur elle qu'a plus particulièrement porté le débat.

Il était, avant tout, nécessaire d'élucider deux points

(1) Tolozan. — *Prophylaxie du choléra en Orient*, p. 25.
(2) Scrive. — *Relations médico-chirurgicale de la campagne d'Orient*, p. 78.

accessoires en apparence, mais néanmoins fort important de l'argumentation de M. Féréol; aussi ses adversaires se sont-ils tout d'abord attachés à réfuter l'existence des perforations spontanées dans les pleurésies séreuses, et à rechercher si ces perforations peuvent s'établir sans pneumothorax.

M. Dujardin-Beaumetz, M. Moutard-Martin n'ont jamais vu ces perforations spontanées dans les pleurésies *séreuses*.

« C'est un peu l'histoire de la dent d'or, ajoute M. Hérard ; aucun de nos collègues n'a vu cette terminaison des épanchements séreux — et l'on voudrait que cette perforation spontanée qui ne se produit pas quand un volumineux épanchement distend la cavité pleurale et exerce une pression continue sur le poumon lui-même, on voudrait, dis-je, que cette perforation se manifestât alors qu'il n'y a plus de liquide dans la plèvre, conséquemment plus de pression ; on voudrait qu'elle s'opérât une heure et quelquefois plus après la thoracentèse ; qu'elle se produisit plusieurs fois chez le même individu comme chez un malade de M. Béhier, cessant précisément d'exister quand l'épanchement reparaît ? — Il y a dans ce simple énoncé, une telle série d'invraisemblances que je me permets de dire: cela n'est pas possible, cela n'est pas. »

En admettant même cette perforation, l'absence de pneumothorax est bien difficile à expliquer, on la comprend, dit M. Moutard-Martin, dans les pleurésies purulentes.

« L'épaisseur des fausses-membranes, la direction de la fistule, une disposition particulière en clapet, quelquefois assez bien travaillé par la nature, suffisent alors pour expliquer le passage du pus dans les bronches, sans passage de l air dans la plèvre ; ajoutons-y l'abondance de l'épanchement et la sortie lente du liquide qui fait que le trop-plein seul est évacué......

Cette explication me satisfait aussi pour les cas, dont je n'ai jamais été témoin, de perforation spontanée du poumon dans la pleurésie séreuse sans tubercules..

Mais après la thoracentèse, les conditions sont bien différentes.........

En admettant le travail préparatoire, ulcératif ou autre, je comprends qu'un effort de toux violent achève la perforation ; mais *comment s'achèverait cette perforation ? — Par un violent effort dirigé des bronches vers la plèvre*, par une distension forcée du poumon qui n'est plus maintenu par une compression suffisante de l'épanchement ; et alors l'effort ayant lieu des bronches vers la plèvre, l'air contenu dans les bronches serait poussé vers la plèvre. »

Il le serait d'autant mieux qu'il y a également un appel vers la cavité pleurale ; car dans la thoracentèse avec la canule de Reybard, on voit à la suite des accès de toux, la baudruche attirée et appliquée sur l'orifice de la canule à chaque inspiration.

Or si cette tendance au vide existe dans les thoracentèses pratiquées avec le trocart, ne doit-elle pas être plus considérable encore lorsqu'on pratique la ponction avec l'aspirateur ?

Du reste, ainsi que le fait remarquer M. Brouardel, les conditions anatomiques de la poche pleurale sont, au point de vue de la production du pneumothorax, fort différentes dans les deux cas que M. Féréol a voulu rapprocher, dans les pleurésies qui se vident dans les bronches, pleurésies toujours assez anciennes, la plèvre est recouverte d'une couche de fausses-membranes dont la rétractilité ne doit pas être négligée.

Qu'une perforation se produise, le liquide sera évacué en effet grâce à la pression qu'exerce la rétraction progressive et constante des fausses membranes, mais par là-même, l'air soumis d'ailleurs dans les alvéoles pulmonaires et dans les bronches à une très-faible pression, n'aura point de tendance à entrer dans la cavité pleurale, au contraire, lorsque le kyste pleural été vidé par la thoracentèse, si une perforation pulmonaire se produit, l'air trouve une poche toute disposée pour le recevoir et même pour l'appeler.

Tels sont les principaux arguments opposés à la théorie de M. Féréol, théorie qui suppose encore une altération spéciale de la plèvre dont la démonstration n'a point été donnée. Ces arguments, exposés avec conviction par plusieurs membres de la société, acceptés par le plus grand nombre, étaient difficiles à refuser. M. Féréol dans le résumé de la discussion, reconnut lui-même leur valeur. Pourtant « sans conserver dans l'avenir une foi bien robuste, » il réserve son appréciation définitive et demande que la question reste encore à l'étude.

C. La théorie de la *congestion œdémateuse du poumon* reçoit, au contraire, de la discussion, une sanction nouvelle.

Nous croyons inutile de rappeler les observations et les arguments qui militent en faveur de ce processus dont la réalité n'est contestée par personne; car en fait, c'est seulement sur sa fréquence que porte actuellement le différend; pour la plupart des médecins, la théorie de l'œdème pulmonaire s'applique à tous les faits d'expectoration albumineuse; M. Woillez et M. Féréol l'acceptent aussi pour le plus grand nombre des cas, mais ils pensent que, pour quelques-uns cette interprétation ne peut être admise.

C'est donc sur l'étude de ces faits particuliers et sur quelques *desiderata* indiqués chemin faisant que devront à l'avenir porter spécialement la recherche des observateurs.

Du reste, la discussion dont nous avons essayé de résumer les traits principaux, n'a point été intéressante seulement au point de vue théorique. — Le côté pratique de la question a été aussi abordé et nous devons en terminant indiquer les conclusions qui paraissent résulter de cette étude.

Dans un certain nombre de cas, on observe après la thoracentèse une congestion pulmonaire et l'accumulation d'un produit de sécrétion dans les bronches. — L'expectoration d'un liquide albumineux est à la fois le signe de cette congestion et le moyen d'excrétion du liquide. — Si maintenant, par le fait d'une lésion de l'autre poumon comme dans les faits de M. Béhier et de M. Dumontpallier l'expectoration ne se fait pas, ou si, comme dans deux des observations de M. Terrillon, elle est suffisante, le malade pourra succomber aux suites de la congestion pulmonaire; or il parait établi par l'examen des faits que cette congestion s'est montrée plus fréquemment et a présenté une intensité plus grande dans les cas où le liquide avait été évacué plus rapidement.

Si donc, l'on soupçonne quelque lésion dans le poumon du côté opposé à l'épanchement, on devra *surveiller l'évacuation du liquide*, éviter qu'il s'écoule trop rapidement (Blachez *Gaz. Hebdomadaire*) et même, si l'épanchement est abondant, il sera préférable de faire cette évacuation en plusieurs temps (Lande, Béhier et Liouville, Besnier). Ce conseil, ajoute M. Béhier, est d autant plus facile à suivre aujourd hui qu'avec les appareils capillaires et aspirateurs le traumatisme de la plèvre se réduit à une piqûre, absolument insignifiante et inoffensive et que par suite on peut, sans danger multiplier le nombre des ponctions; ajoutons que l'aspiration ne favorise nullement la congestion pulmonaire, car dans les cas où l'expectoration albumineuse a été observée, c'est le plus souvent avec le trocart garni de baudruche qu'avait été pratiquée la ponction.

A. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du samedi 11 Octobre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. HAYEM a étudié, chez le canard, une pneumonie parasitaire des plus curieuses. — Les poumons étaient infiltrés de masses caséeuses, au milieu desquelles il a pu reconnaître la présence de spores de champignons dont il n'a pas encore déterminé l'espèce. Or il ne s'agit point ici de végétations qui se seraient produites après la mort, car, dès l'autopsie, les poumons ont été mis immédiatement dans l'alcool. En certains points la lésion rappelait les tubercules crus — et là, comme dans les autres parties, les coupes démontraient l'existence de nombreux champignons.

M. MOREAU. Au dernier congrès de Lyon, M. Petit nous a montré des pièces qui ont certaine analogie avec les faits de M. Hayem ; il s'agissait de lésions d'apparence tuberculeuse que l'on trouva dans le tube intestinal de poules. M. Tripier a fait avaler ces organes malades par d'autres poules qui elles-mêmes ont bientôt présenté des altérations semblables.

J'ai, avec le concours de M. Balbiani, fait quelques expériences sur ce sujet : nous avons pratiqué des innoculations de psorospermies sur des animaux à sang chaud et à sang froid. J'espère en entretenir plus tard la société.

M. Hayem. J'ai vu les pièces anatomiques qu'a présentées M. Tripier; mais il ne s'agit plus du tout des mêmes parasites. Ceux que j'ai étudiés étaient contenus et comme infiltrés dans la trame des sacs aériens.

M. Carville rappelle que M. Bouchard a communiqué à la société un cas de parasites trouvés dans un poumon de perroquet. Il serait bon de rechercher s'il s'agit d'organismes inférieurs analogues à ceux que signale M. Hayem.

M. Legros. Je viens vous parler aussi d'une affection parasitaire. Les meutes du Poitou sont, à cette heure, sous le coup d'une grave épidémie; les chiens atteints meurent rapidement. Un propriétaire a envoyé quelques bêtes malades à M. Mathieu avec le concours duquel j'ai pu constater, dans le sang de ces animaux, la présence de filaires hématiques décrits pour la première fois, je crois, par MM. Gruby et Delafond. Ces filaires ont le corps très-étroit, long de 2/10 de millimètre ; ils sont extrêmement vifs, très-alertes et se meuvent encore dans le sang tiré de la veine, au bout de 24 heures. Nous avons institué quelques expériences: Nous avons injecté du sang infecté dans les veines et sous la peau d'un chien ; nous en avons mis dans un baquet pour étudier, s'il y a lieu, le développement de ces filaires. Nous rendrons compte à la société des résultats obtenus.

M. Rabuteau expose une série de recherches sur le mode d'action des poisons métalliques. Il s'est surtout occupé du strontium, du barium, des sels de cuivre et de zinc. Ce sont tous des poisons musculaires. A la dose de 50 centigrammes à 1 gramme le barium injecté dans les veines arrête promptement le cœur, en agissant sur sa fibre musculaire. Si, sur une grenouille empoisonnée par du barium on a pris soin d'épargner par la ligature des vaisseaux les muscles d'un membre, ces muscles ont conservé la contractilité que tous les autres muscles de la grenouille ont perdu.

De tous ces poisons le barium est le plus toxique ; il suffirait de quelques grammes pour tuer un homme. Le strontium est moins actif : il faudrait doubler ou tripler les doses. Les sels de cuivre sont moins énergiques encore. — Ces recherches jointes à celles qui ont été déjà faites par d'autres ou par moi, prouvent que tous les poisons métalliques expérimentés jusqu'à ce jour, sont des poisons dont les effets toxiques se portent sur la fibre musculaire.

M. Laboulbène remarque combien seraient utiles des expériences patiemment soutenues sur les sels de plomb. Il y a des inconnues dans l'intoxication saturnine : pourquoi la paralysie des seuls extenseurs?

M. Renaut expose les résultats contenus dans la note insérée plus haut (p. 221). P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre. — Présidence de M. Depaul.

M. Delpech. La marche décroissante de l'épidémie cholérique a subi un temps d'arrêt. Du 7 au 13 octobre inclusivement il y a eu 56 décès, soit 5 de plus que dans la période précédente où on n'en comptait que 51. Cette légère augmentation est due au chiffre de morts constaté en ville, qui s'élève à 27. Dans les hôpitaux civils 9 cas seulement se sont développés à l'intérieur ; 31 malades de l'extérieur ont été admis ; il y a eu 24 décès. Contrairement à ce qui a été observé jusqu'alors il est entré plus d'hommes que de femmes. Il y a eu 5 morts dans les hôpitaux militaires.

M. le Président. Plusieurs médecins étrangers à l'Académie demandent à venir lire des travaux sur le choléra. L'usage veut que pendant qu'une discussion sur un sujet quelconque est en litige, les académiciens seuls y prennent part. Ceux donc qui ont des communications à faire, pourront en adresser un résumé par lettre à l'Académie, il en sera donné lecture par le secrétaire perpétuel au dépouillement de la correspondance. Puis lorsque la discussion sur les *diarrhées prémonitoires et le choléra* sera close, les auteurs pourront venir donner les développements nécessaires.

M. Chevalier lit plusieurs rapports tendant à accorder des demandes d'autorisation pour exploiter des eaux minérales.

M. Colin continue sa lecture, *sur l'action des matières putrides et sur les septicémies.* Tout le travail est divisé entre les 8 questions suivantes:

1° Les matières putrides, le sang putréfié hors de l'économie, le sang modifié dans ses vaisseaux sous l'influence des maladies septiques, peuvent-ils déterminer ce qu'on appelle la septicémie, sur la plupart des animaux et en particulier sur toutes nos espèces domestiques?

2° A quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme ou modifié par la septicémie peut-il produire une affection mortelle?

3° Le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales, altérées par la septicité, jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectieuses que le sang.

4° La septicémie est-elle contagieuse par les produits volatiles émanés des sujets malades ou de leur cadavres?

5° Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, et notamment par celles des voies digestives?

6° Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides pris sur les animaux septicémiques ?

7° En quoi consiste essentiellement la septicémie?

8° Enfin quelles sont les lésions et les symptômes de cet état morbide ?

— Au cours de la séance l'Académie a voté pour la nomination de deux membres correspondants étrangers. Dans la 1re division. M. Van Beneden (de Louvain) a été nommé par 42 voix sur 44 votants. Dans la 2e division M. Barnes, (de Washington) a été nommé par 42 voix sur 45. M. Porta (de Cadix) a obtenu 3 voix. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Outre les communications que nous avons reproduites précédemment nous devons mentionner les suivantes : *Cysto-Sarcome volumineux du sein* ; remarques sur la pathogénie et le traitement par Lagrange et Duret ; — *Plaie du foie*, etc., par Martin ; — *Tumeur vasculaire de la partie postérieure de la cuisse*, par le même ; — *Lipome fibreux de l'éminence thénar*, par Pitre ; — *Tuberculisation des trompes* et de la muqueuse utérine, au voisinage du col de l'utérus, par H. Liouville ; — *Rétrécissement mitral*, etc., par Viguier.

Avortement à la suite d'une chûte, etc., par Davat ; — Contribution à l'étude anatomique des angiomer, par Ch. Monod ; — rapport sur les mémoires présentés pour le prix Godard (1872), par M Le Dentu. Le prix est partagé entre M. Nepveu, auteur d'un mémoire iutitulé : *Contribution à l'étude des tumeurs du testicule* et M. Sauvage, auteur de *Recherches sur l'état sénile du crâne.*

Arthrite aiguë suppurée, compliquant une ancienne arthrite sèche du genou droit, par M. Longuet, interne des hôpitaux.

Le 13 juin 1873, est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet, un homme âgé de vingt-huit ans, atteint d'une affection de l'articulation fémoro-tibiale droite.

A l'âge de seize ans, il y a par conséquent douze ans, sous l'influence d'une chute sur le genou, le malade a eu une arthrite aiguë, qui s'est terminée par une ankylose incomplète. Depuis cette époque, il a boité : mais la difficulté qu'il éprouvait à marcher n'a jamais été assez grande pour l'empêcher de faire même de très-longues courses. — Le genou droit était un peu plus volumineux que le gauche. Les mouvements de l'article étaient limités et provoquaient des craquements très-perceptibles pour le malade et pour d'autres personnes lorsqu'on appliquait la main sur sa rotule.

Il y a trois mois, il fit une chute nouvelle qui nécessita un repos de quelques jours seulement. Il put reprendre son train de vie ordinaire et continuer à marcher comme par le passé.

Mais depuis huit jours, il a des douleurs dans son articulation ; le genou augmente de volume ; les téguments deviennent chauds et rouges.

Le jour de son entrée, on constate que l'articulation a un volume double de celle du côté gauche. L'extrémité inférieure du fémur (surtout le condyle interne) a subi une hypertrophie très-notable, ainsi que l'extrémité supérieure du tibia. La rotule n'est pas plus grosse que la rotule gauche, mais elle est un peu moins mobile. De chaque côté du ligament rotulien, on trouve deux masses molles, presque fluctuantes qui *paraissent être des fongosités.*

Peu à peu, le malade ressentit des douleurs de plus en plus vives dans ce genou, la peau devint rouge, et un abcès se forma en dehors, au niveau de la tête du péroné, un peu au-dessus, abcès qui fut incisé le 26 juin et dont il sortit une quantité considérable de pus.

La jambe gonfla, devint œdémateuse, prit une teinte rouge presque érysipélateuse et les ganglions inguinaux s'enflammèrent.

Les douleurs devinrent intolérables, au point que le malade demandant l'amputation de la cuisse, M. Richet se décida à lui pratiquer cette opération radicale. — L'opération eut lieu le 8 juillet.

Voici l'état de la pièce qui fut disséquée le jour même et présentée à la société anatomique le 11 juillet. La *peau* infiltrée de sérosité, est soulevée par un vaste abcès situé au côté externe de la jambe et de la cuisse ayant son centre au niveau de l'articulation. Ce décollement se prolonge en avant sous le tendon du droit antérieur de la cuisse. Il s'est formé là une poche secondaire qui s'arrête au cul de sac supérieur de la synoviale, sans avoir aucun rapport avec lui.

Les *ligaments* superficiels sont distendus, mais faiblement par l'hypertrophie des parties dures sous jacentes. — En arrière, dans le creux poplité, le ligament postérieur est très-rétracté. Cette disposition, jointe à la rétraction des tendons inférieurs des muscles internes de la cuisse, explique pourquoi le redressement complet de la jambe sur la cuisse était impossible.

De chaque côté du *ligament rotulien* sont deux masses graisseuses, très-molles, qui, pendant la vie, avaient été prises pour des fongosités.

Le ligament rotulien étant détaché de son insertion tibiale, la synoviale est sectionnée dans les 3/4 antérieurs de l'interligne articulaire et la cavité articulaire mise à nu. La première chose qui frappe, c'est l'absence totale de fongosités. La cavité articulaire contient un pus jaunâtre, épais, très-odorant.

La *rotule* adhère par toute sa face postérieure à la face correspondante du fémur par une quantité de tractus fibreux très-solides, assez lâches pour permettre un notable déplacement, et formés par un tissu pathologique très-ancien. Les *surfaces osseuses* sont complètement dépourvues de cartilage. — Le tissu osseux a subi les altérations de l'ostéité simple et superficielle. On trouve autour des extrémités du fémur et surtout du tibia des stalactites osseuses, assez élevées, dont l'une surtout au-dessus de la tête du péroné fait une saillie de trois centimètres et demi au moins. Les ligaments interarticulaires sont conservés.

Les lésions que l'on trouve dans cette jointure sont celles de l'arthrite sèche suppurée. — L'arthrite sèche est caractérisée par la présence des stalactites osseuses, la disparition des cartilages, la formation de tissus fibreux et surtout l'absence complète de fongosités, absence sur laquelle j'insiste tout particulièrement.

L'inflammation, dont les traces sont révélées par la constatation du pus entre les surfaces articulaires, pus qui s'est fait jour par une fistule au dehors et est venu décoller la peau et les muscles à la jambe et à la cuisse, l'inflammation dans les arthrites sèches est rare. C'est une terminaison qui n'est même pas indiquée par M. Colombet, qui s'est surtout occupé de la question.

Pendant le mois qui précéda l'ablation de son mal, le malade a présenté simplement les symptômes d'une inflammation aiguë qui s'est terminée par suppuration, ce qui se fait souvent quand l'articulation enflammée est primitivement saine ou fongueuse, mais qui est rare quand l'articulation a subi les transformations qui caractérisent l'arthrite sèche ; arthrite sèche qui existait ici depuis près de douze ans.

REVUE PSYCHIATRIQUE

I. De l'alcoolisme chronique terminé par la paralysie générale, par GAMBUS. Paris, 1873, A. Delahaye.

II. Les aliénés, étude sur la loi du 30 juin 1838, le projet Gambetta et le drame d'Evere, par CH. DESMAZE. A Delahaye.

III. Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés par la Société médico-pratique de Paris.

IV. Des asiles d'aliénés et des Gheels, au point de vue moral et économique, par J. PARIGOT. 1873. A. Delahaye.

I. M. Gambus a pour but, dans sa thèse « de montrer » comment à la suite de l'action souvent et longtemps exercée » de l'alcool sur l'organisme, parmi les malades ainsi chroni- » quement alcoolisés, quelques-uns deviennent paralytiques » généraux. » Disons, tout de suite, que l'auteur n'a nullement la prétention d'avancer une proposition nouvelle, mais seulement d'appuyer par de nouveaux faits une doctrine déjà établie. Les observations recueillies par M. Gambus sont en effet très-concluantes et démontrent évidemment que l'alcoolisme chronique a pour terminaison fréquente la paralysie générale. L'historique de la question, qui forme à peu près la moitié du travail de M. Gambus, est assez complet, manquant toutefois un peu de critique. On y trouve en effet des citations qui se rapporteraient plutôt à la production directe de la paralysie générale par des excès alcooliques sans passer par l'intermédiaire de l'alcoolisme chronique. Il faut regretter aussi que M. Gambus n'ait pas signalé, dans l'intérêt même de la doctrine qu'il défend, certains faits établissant la doctrine contraire, nous voulons dire des cas de paralysie générale primitive amenant des excès de liqueurs fortes et par suite l'alcoolisme. Cette lacune exposerait M. Gambus à se voir opposer une théorie absolument contraire à celle qu'il soutient; il eût été bon de prévenir tout antagonisme, en montrant qu'en réalité ces opinions inverses, mais non contradictoires, sont vraies toutes les deux.

II. L'attention publique s'était portée dans les dernières années de l'Empire sur les réformes dont on jugeait susceptible la loi de 1838 sur l'isolement des aliénés ; une Commission avait même été nommée, qui fut remplacée par une autre après la chute du gouvernement impérial. Depuis, des préoccupations plus grandes et plus pressantes ont captivé l'esprit public et la question ne paraît pas devoir être reprise de si tôt. Espérons que, si elle se représente, ce sera dans de meilleures conditions et qu'on étudiera la loi en elle-même sans arrière-pensée ni préjugé, sans autre but que de l'améliorer. En attendant, nous ne pouvons laisser passer sans en dire un mot des publications qui pourront être utiles à consulter, le jour de la discussion venu. Tel est, par exemple, le calme et consciencieux travail de M. C. Desmaze, conseiller à la Cour d'appel de Paris. Il se compose d'un historique succinct et rapide des diverses phases de préparation de la loi de 1838, de l'indication des diverses circulaires s'y rapportant, des recherches faites à propos de réclamations aux parquets des Cours d'appel, d'un exposé des principales dispositions de la législation belge, des lois anglaise, hollandaise, suisse et allemande ,enfin la reproduction des critiques adressées à notre loi et des modifications proposées. Dans une brève conclusion l'auteur se déclare partisan du maintien de la loi, en son entier. C'est peut-être trop absolu ; sans nous associer à tous les reproches formulés contre la loi de 1838, nous pensons qu'elle a un côté défectueux. A l'occasion, nous en dirons notre avis, bornons-nous à dire aujourd'hui que c'est peut-être le seul côté de la loi qui n'ait pas été visé pas ses adversaires.

III. Relatif au même sujet, le rapport du Dr Collineau au nom de Commission de la Société médico-pratique de Paris, entre dans la discussion. Il remonte à l'origine des attaques, qui prennent leur source dans la prétention non abdiquée qu'ont certaines corporations à primer, sinon à remplacer les médecins dans le traitement des aliénés. Il est bizarre que l'opposition, sous l'Empire, en se faisant une arme des abus qu'elle croyait voir, ne se soit pas aperçue qu'elle emboitait le pas à de singuliers précurseurs. La rapport de M. Collineau n'apporte d'ailleurs aucun argument nouveau pour la défense de la loi et ne fait guère que répéter notamment ceux qu'a exposés à diverses reprises le *Journal de médecine mentale*

de M. Delasiauve. Quant aux conclusions, elles sont trop absolues. Si le texte de la loi, fidèlement observé, garantit la liberté individuelle, on ne peut dire qu'il assure à l'aliéné une protection suffisante pour la jouissance légitime de sa fortune; il s'ensuit que « toute modification à l'un ou l'autre des articles de la loi » ne porterait pas nécessairement atteinte à l'esprit libéral et prudent de son ensemble.

VI. Dans les soixante pages de l'opuscule de M. J. Parigot on trouvera un peu de tout : des détails curieux sur le rôle efficace de la presse américaine en matière de redressement d'abus, des plaintes sur l'insuffisance de la thérapeutique dans les asiles d'aliénés, sur l'absence d'enseignement de la psychiâtrie, sur l'éducation des sourds-muets, des critiques sur l'asile de Berne, des réflexions sur la colonie de Gheel, etc., etc., tout cela parsemé de vues justes, de détails piquants, mais malheureusement sans grand enchaînement. On dirait que c'est un travail fait pour passer le temps, en villégiature, par un jour de pluie.

E. T.

MATIÈRE MÉDICALE

Etude sur le Biphosphate de chaux envisagé au point de vue médical. Par M. O. Henry, membre de l'Académie de Médecine.

Avant de traiter en détail le *biphosphate de chaux*, objet de ce petit mémoire, qu'il nous soit permis, pour l'intelligence des faits, de jeter, en quelques lignes, un coup d'œil rétrospectif sur le *phosphate de chaux*.

Ce sel, bien connu, très-répandu dans la nature, est d'une haute importance; il constitue, on le sait, presque en totalité la charpente osseuse des hommes et d'un grand nombre d'animaux; comme espèce *minéralogique* et *géologique*, il se rencontre en pierres assez rares, bien cristallisées, mais plutôt en montagnes considérables et en gisements nombreux disséminés à l'état de nodules plus ou moins durs; il existe dans presque tous les tissus, dans presque toutes les humeurs de l'économie animale, à côté de *phosphates alcalins;* enfin, il entre dans la texture de beaucoup de végétaux, dans des racines et des graines employées pour l'alimentation. Là, sans aucun doute, la nature l'a placé pour que, par cette alimentation, il pût contribuer à la formation et à la régénérescence des os. Aujourd'hui, à l'état soluble, et désigné sous le nom de *superphosphate*, il est très-employé dans la culture; son action fertilisante incontestable tend à le faire absorber par les végétaux alimentaires, puis à passer par absorption ultérieure dans l'économie animale.

On peut donc reconnaître que l'existence du *phosphate* de chaux est *capitale* au point de vue physiologique. Ne peut-elle pas présenter de bons avantages pour la thérapeutique? Assurément oui. Depuis longtemps, en effet, on emploie le *phosphate calcaire* comme réparateur et comme reconstituant ostéogénique, etc., etc. Il est préconisé par un grand nombre de praticiens. Ainsi, dans tous les formulaires, on indique sous le nom de *décoction blanche de Sydenham* une liqueur tonique dans laquelle le phosphate calcaire est tenu en suspension par une espèce de mucilage; on l'a conseillé en sirop uni à l'acide lactique, ou à des vins sucrés; mais, vu sa presque insolubilité, il n'existe dans la plupart de ces médicaments qu'en proportion minime.

Pour remédier à ces inconvénients, il fallait l'obtenir à l'état soluble en *biphosphate de chaux*; c'est là ce qui a été fait, ainsi que je vais l'exposer : On sait que, sous certaines influences, l'acide phosphorique subit des modifications particulières en s'unissant à différentes proportions d'eau. Ainsi, l'acide phosphorique ordinaire, dans les *phosphates basiques*, égale Pho^5+3Ho. Dans les *biphosphates* et dans les *métaphosphates*, l'acide est représenté par Pho^5+2Ho, puis Pho^5+Ho. Ces derniers sels sont solubles quand ils sont à base de chaux, et l'on a :

1° Phosphate de chaux tribasique...........	Pho^5+3 Cao.
2° Biphosphate (*pyrophosphate*) bihasique....	Pho^5+2 Cao.
3° Biphosphate.........................	Pho^5+1 Cao.+Ho.
4° Phosphate acide monobasique (*métaphosphate*)	Pho^5+1 Cao.

C'était donc en biphosphate calcaire que nous devions avoir le sel de chaux cherché, et c'est bien lui qui est le but de cette étude. Pour faire le travail, j'ai profité du savoir et du concours de mon ami E. Perret, pharmacien de 1re classe à Moret, près Fontainebleau, avec lequel, plusieurs années avant, j'avais présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur *l'acide quinopricique*, composé fébrifuge fait avec les résidus du sulfate de quinine (la quinoïdine) et destiné, par son prix inférieur, aux classes pauvres des pays marécageux, qui ne peuvent se procurer le sulfate de quinine, vu sa cherté. Ce travail fut bien accueilli.

M. E. Perret, ancien élève de Ghérardt, sous-préparateur à l'École de Strasbourg, est très-versé dans les études et les manipulations chimiques; il possède, à Moret, un vaste laboratoire où il prépare en grand la *pepsine*, la *propylamine*, les *résines* de scammonnée, etc., etc. Je ne pouvais donc faire un meilleur choix pour l'étude en question; aussi nous sommes-nous mis à l'œuvre ensemble. Le premier soin était d'avoir une certaine quantité de *phosphate tricalcique* pur; voici le mode qui a été suivi pour l'obtenir :

On a pris : Noir animal en grains....... 1 kil.
Acide chlorhydrique pur..... 1 kil. 500

Après avoir laissé agir pendant une heure à la température de 100° on a ajouté :

Eau distillée.............. 1 kil. 500

puis le tout a été jeté sur une toile lorsque le mélange était refroidi. On a alors affusé *pour saturer tout à fait*,

Carbonate de soude et ammoniaque.

Le précipité formé fut recueilli, lavé jusqu'à cessation d'acidité, exprimé à la presse, séché et conservé. Ce produit était le *phosphate tricalcique cherché*. C'est lui que nous avons transformé en *biphosphate* $Pho^5+1Cao+Ho$ *soluble*, au moyen des acides. Laissant de côté l'acide lactique et l'acide chlorhydrique, qui fournissent un sel soluble, à la vérité, mais d'une saveur styptique peu agréable, on a employé avec plus de succès l'*acide citrique* de la manière suivante :

Phosphate de chaux *tricalcique* sec..	10 grammes.
qui a été broyé avec eau pure, quantité suffisante..	500 —
Acide citrique pur..............	20 —
Pepsine.....................	2 —

Puis le mélange a été mis dans un digesteur à 40° pendant douze heures, et pour obtenir un liquide pesant 500 grammes qu'on a filtré et conservé en flacons bouchés. Il constituait le *biphosphate cherché*. Il est soluble, cristallisable en petites aiguilles soyeuses, micacées, mais sa solution laisse encore un arrière-goût de stypticité. Sa formule au centième s'exprime ainsi :

Chaux......................	23,93 grammes.
Acide phosphorique............	60,68 —
Eau........................	15,39 —
	100,00 —

Un acide quelconque employé n'a donc pour but que d'enlever au phosphate *tribasique* les équivalents de chaux. Enfin, nous avons modifié définitivement la formule par une plus *rationnelle* que voici :

Phosphate de chaux tricalcique sec............	156 grammes.
Acide phosphorique hydrate pur............	70 —
Acide borique..........................	85 —
Eau distillée..........................	2000 —

Le mélange bouilli pendant deux heures, en remplaçant l'eau évaporée, est par la suite abandonné au repos et filtré froid. La solution, ramenée avec de l'eau distillée à 2 degrés 1/2 de l'aréomètre (température, 16°), est filtrée de nouveau et conservée en flacons.

100 parties contiennent 3 grammes de biphosphate de chaux, c'est-à-dire 0,50 centig. de plus que les solutions de ce genre ordinairement employées aujourd'hui. Quant à l'acide borique, il ne se borne pas à agir comme antiseptique pour conserver le liquide sans altération; il doit y jouer le même rôle que dans la crême de tartre soluble; enfin, la solution d'une acidité agréable, n'offre aucun arrière goût de stypticité. Associée à la *pepsine* pour en favoriser l'assimilation dans l'économie, c'est une solution que les médecins peuvent doser

aisément pour traiter les sujets anémiques et rachitiques, hélas! si nombreux. M. le docteur Darnay a donné, m'a dit M. E. Perret, une formule très-rationnelle pour préparer, avec le biphosphate en question, un vin que je crois appelé à remplir les meilleures indications. Aussi, quoique désintéressé dans la question, mon travail tout scientifique achevé, je fais des vœux pour que cette préparation soit comprise comme elle me semble le mériter. En offrant aux médecins un composé *sérieux*, je le répète, *très-consciencieusement fait*, mon savant confrère et ami ajoutera une nouvelle *spécialité raisonnable* à celles reconnues bonnes, dont la pharmacie savante a déjà enrichi l'art de guérir. (*Union. méd.*, 4 sept.)

Enseignement médical libre.

Anatomie. — M. Fort recommencera ses *cours particuliers* le lundi 20 octobre. Il y aura *deux leçons* par jour, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections.* — Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser, tous les matins, rue Caumartin, 12.

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. (1,851,792 hab.). Du 4 au 10 octobre, 735 décès. — Rougeole, 10; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 36; — bronchite aiguë, 14; — pneumonie, 23; — dyssentérie, 4; — diarrhée cholériforme des enfants, 26; — choléra, 43; — angine couenneuse, 4; — croup, 2; — affections puerpérales, 2.

LYON. Du 22 sept. au 5 oct., 297 décès. Fièvres continues, 22; — bronchite aiguë, 8; — pneumonie, 11; dyssentérie, 5; — cholérine, 2; — angine couenneuse, 2; — croup, 1; — affections puerpérales, 2.

LONDRES. (3,356,073 hab.). Du 28 sept. au 4 oct., 1,386 décès. Fièvre typhoïde, 39; — dysentérie, 1; — diarrhée, 71; — choléra nostras, 1; — diphthérie, 8; — croup, 15; — coqueluche, 38.

CHOLÉRA. — *Autriche.* Vienne, 9 octobre. — A Vienne, le nombre des cas nouveaux de choléra, descendu très-bas les premiers jours de la semaine a présenté une légère augmentation depuis deux jours. Voici les chiffres des cas nouveaux pour la ville et les hôpitaux du 1 au 8 octobre : 5, 2, 8, 7, 4, 12, 11.

La mortalité pendant la même période a été de 4, 2, 4, 7, 3, 3, 9, proportion assez forte relativement au nombre des cas nouveaux ce qui fait croire que l'extinction complète de l'épidémie ne sera pas aussi prochaine qu'on l'aurait espéré. Les nouvelles des faubourgs et de la province sont très-rassurantes; le choléra a disparu de la plupart des localités où il régnait et n'en a pas envahi de nouvelles. (*Wiener-Mediz.-Wochensch.*).

Roumanie. Voici le bulletin du choléra d'après le *Journal Officiel* roumain du 3-9 octobre. Cas anciens 260; — nouveaux, 52; total 312 cas qui se répartissent ainsi : morts, 20; guéris, 60; en traitement, 232. Ces renseignements indiquent une décroissance notable de l'épidémie. A Bukarest, durant les semaines, il n'y aurait eu que 12 décès.

Prusse. Des renseignements empruntés à différents journaux et en particulier à la statistique établie par la chancellerie impériale, il résulte que le choléra a atteint 33,125 personnes en Prusse depuis la fin du mois de mai jusqu'à la fin du mois de septembre; sur ce nombre, 16,585 sont mortes. — A *Berlin*, il n'y a eu que 13 nouveaux cas et 6 décès; en août on a compté 173 décès et en septembre 362.

Bavière. — La *Gazette de Strasbourg* dit que, du 10 au 11 octobre, 23 personnes ont été atteintes du choléra à *Spire*; 5 d'entre elles sont mortes.

France. Le Hâvre. — Du 3 au 10 octobre, il y a eu 66 décès dont 12 dus au choléra et 9 à la diarrhée cholériforme des jeunes enfants.

PARIS. Le 10 octobre, il restait en traitement 40 cas de choléra dans les hôpitaux de Paris.

— A l'hôpital central des prisons de Paris, situé à la Santé, il y a eu en tout 4 cas de choléra (3 décès). — A la prison de St-Lazare (femmes), il y a eu 7 cas de choléra (5 décès).

Paris —Hôpital Beaujon. Du 1er au 15 octobre : 16 cas extérieurs (11 hommes, 5 femmes); 5 décès; 9 en traitement; 2 guérisons.

Hôpital de la Charité. — 2 décès le 12 octobre (1 homme, 1 femme).

Hôtel-Dieu. — Hommes. En traitement le 8 octobre, 2; cas nouveaux, 7 (2 intérieurs, 5 ext.); morts, 5; en traitement, le 16 oct., 4. — Femmes. Entrées, 3; 2 décès.

Hôpital St-Antoine. — Du 11 au 16 octobre, 6 cas graves : (3 hommes, 3 femmes); 2 cas *sans diarrhée prémonitoire*; 3 décès.

CONCOURS. *Internat.* Les candidats à l'internat ont eu à traiter la question écrite suivante : *Circulation hépatique; symptômes et diagnostic de la cirrhose.*

Voici les questions orales données l'année dernière au concours de l'internat : Nerf moteur oculaire commun; ses paralysies; — péricarde, signes et diagnostic de la péricardite; — enveloppes des bourses, hydrocèle; — prostate, symptômes et diagnostic des calculs vésicaux; — clavicule, fractures de la clavicule; — trachée, symptômes et diagnostic de la rougeole; — articulation temporo-maxillaire; luxation de la mâchoire; — voies lacrymales, tumeurs lacrymales; — fosse iliaque; abcès de la fosse iliaque.

Externat. — 10 octobre : *Articulation coxo-fémorale;* — 13 oct. : *Articulation tibio-tarsienne;* — 15 oct. : — *muscle sterno-mastoïdien.*

Voici les questions de *pathologie* qui ont été données au concours de l'année dernière : Du furoncle; — de la brûlure; — symptômes des fractures; — phlegmon diffus; — vaccine et vaccination; — ventouses et leurs indications; — hémorrhagies traumatiques, moyens hémostatiques; — de l'administration du chloroforme; — de la contusion; — épistaxis, tamponnement des fosses nasales; — symptômes et diagnostic de la pleurésie.

NÉCROLOGIE. — M. de Flavigny, président de la Société internationale de secours aux blessés pendant la guerre vient de mourir. Il était né en 1799.

EPIZOOTIE. — Les maladies épizootiques et contagieuses, la péripneumonie du gros bétail et la fièvre aphtheuse, connues aussi sous les noms de surlangue, claudication, cocotte, que l'on croyait éteintes en Suisse, venant de se manifester de nouveau avec une certaine violence, conformément à la dépêche du Ministre de l'agriculture et du commerce, le préfet du Doubs a publié l'arrêté suivant : Art. 1er. Tous animaux de l'espèce bovine provenant de la Suisse ne pourront entrer en France, dans le département du Doubs, sans être accompagnés d'un certificat d'origine et de santé délivré par les autorités du lieu de provenance. Art. 2. Il sera fait exception à cette règle pour les attelages de bœufs circulant dans le rayon frontière et les animaux envoyés au pâturage en Suisse.

PROCÈS BAZAINE. — Parmi les témoins à décharge appelés à déposer dans le procès Bazaine figurent quelques médecins : ce sont MM. les docteurs baron Larrey, Lefort, Grellois, Cuveillier, Poggiale et Maffre. On n'y remarque qu'un pharmacien, M. Demortain, et deux sous-intendants militaires, MM. Lejeune et Lapointe (*Lyon méd.*).

ERRATA. — Dans le sommaire du dernier n° lisez *Lioville* au lieu de Leouville; — *Billroth*, *Exchaquet* au lieu de E. Chaquet. — Page 210, col. 2, ligne 47, lisez *dilution* au lieu de dilatation.

VACANCES MÉDICALES. — On demande un pharmacien à Quettehou (Manche), chef-lieu de canton. Position exceptionnelle, pas d'autre pharmacien. Loyer minime. A 2 kilomètres de la mer. Médecin dans la localité. S'adresser à M. le Dr Salmon, à Quettehou. (*Cour. médical*).

— A céder, à des conditions avantageuses, à un docteur en médecine, une clientèle, dans une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). Rapport 6 à 7000 francs. S'adresser, à Paris, chez M. Dublin, place Vendôme, 17. (*Abeille méd.*)

— Le Dr Mandron, de Pellegrue (Gironde), changeant de résidence, demande un docteur en médecine pour lui succéder immédiatement, à des conditions très-avantageuses. S'adresser de suite au Dr Mandron, à Pellegrue (Gironde). (*Gaz. des Hôp.*).

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 20 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 25 OCTOBRE 1873.

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 10 fr.
Six mois............... 6 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS.

Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 1 fr. 15 en timbres-postes, les LEÇONS SUR LES ANOMALIES DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE. *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.*)*

AVIS. — *Le prix de l'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon.— Auscultation

Leçons recueillies par P. BUDIN.

3e LEÇON. — TUBERCULOSE PULMONAIRE

Messieurs,

Lorsqu'on fait l'étude anatomique de la tuberculose pulmonaire, on se trouve dès le début en présence de deux lésions : la *granulation tuberculeuse* et l'*inflammation* qui peut l'accompagner.

La *granulation tuberculeuse* du poumon est un petit corps arrondi, à peine visible à l'œil nu, semi-transparent. Son volume peut s'accroître et égaler celui d'un grain de millet : sa transparence disparaît alors, il devient opaque et jaunâtre à son centre. La granulation tuberculeuse est constituée histologiquement par une agglomération de très-petites cellules dont les noyaux sont entourés par une faible quantité de protoplasma : une gangue légèrement fibrillaire et granuleuse est disposée entre ces éléments qui forment par leur réunion un bloc assez fortement cohérent. Ces cellules sont de plus en plus petites, de plus en plus atrophiées à mesure qu'on se rapproche du centre de la masse : elles finissent même par tomber en un détritus qui donne à cette partie de la granulation son opacité et son aspect jaunâtre. Cette opacité, cette dégénérescence caséeuse de son centre est un des meilleurs caractères de la granulation tuberculeuse. Les vaisseaux sont en outre imperméables au sang ; sur une coupe on trouve leur lumière oblitérée par de la fibrine dissociée, par des débris de globules rouges et par des globules blancs disposés régulièrement le long des parois.

Rindfleisch, Virchow, et Chauveau ont considéré le tubercule comme une production lymphatique ; ils ont cru voir entre les éléments cellulaires un stroma réticulé. Mais il n'y a rien dans le tubercule qui rappelle la structure des ganglions : l'apparence réticulée n'est qu'une erreur d'interprétation ; elle est due à l'emploi de l'alcool ou de l'acide chromique qui coagulent la substance fondamentale sous forme de fibrilles. De plus, dans la granulation tuberculeuse on ne trouve pas de cellules plates à noyau, disposées le long des travées du tissu réticulé, comme cela a lieu dans les ganglions lymphatiques, d'après Ranvier.

Les granulations tuberculeuses du poumon peuvent être *isolées* ou réunies en grand nombre sur un même point, c'est-à-dire *confluentes*. Elles siègent soit sur la plèvre, soit dans les bronches, soit dans le tissu pulmonaire. Suivant en cela la règle générale, elles déterminent à leur périphérie comme toutes les tumeurs une irritation du tissu qui les environne, une formation de cellules embryonnaires non caractéristiques. C'est ce que permet de constater une section faite sur une plèvre très-épaissie. On y trouve des granulations distinctes siégeant au milieu d'un tissu gélatiniforme, un peu transparent, embryonnaire et parcouru par des vaisseaux. Ces granulations sont constituées par des éléments arrondis de plus en plus petits à mesure qu'on se rapproche du centre qui est opaque et jaunâtre : le tissu gélatiniforme au milieu duquel elles siégent est purement et simplement un tissu inflammatoire qu'on ne pourrait histologiquement distinguer d'un tissu de bourgeons charnus.

La présence d'un tissu inflammatoire est donc liée dans ce cas à celle des granulations tuberculeuses : on retrouve cette coexistence dans tous les organes où le tubercule peut apparaître. C'est surtout dans les méninges et dans le péritoine dont le tissu présente une structure peu complexe qu'il est facile de suivre le développement et de la granulation et de l'inflammation périphérique.

Les tubercules des méninges se développent principalement au niveau de la base du cerveau : la séreuse devient alors opaque et présente comme un semis de fines granulations. On l'enlève avec des pinces, on l'agite dans un verre, ou on la place sous un mince filet d'eau, toutes les parties étrangères sont alors entrainées et il ne reste plus que la membrane, c'est-à-dire des vaisseaux au pourtour et entre les mailles desquels s'étend du tissu conjonctif, on l'étale sur une plaque de verre et on procède à son examen. On voit au microscope des épaississements blanchâtres, arrondis, sphériques placés de distance en distance sur le trajet des vaisseaux, surtout au niveau des points où ils se divisent.

Si, à l'aide d'une aiguille on vient à enlever le tissu conjonctif de la membrane, toute la partie périphérique de la

granulation est en même temps entraînée et il n'en reste que le globe central lequel est né autour du vaisseau et est formé par des cellules petites et arrondies. La gaîne lymphatique du vaisseau est remplie à ce niveau par des cellules embryonnaires qui constituent une zone inflammatoire autour de la paroi vasculaire. Cette zone inflammatoire ne se limite pas toujours à la granulation ; elle peut s'étendre en traînée blanchâtre le long des vaisseaux auxquels elle forme comme un manchon ; elle peut même envahir la gaine lymphatique qui est alors dilatée jusqu'à une certaine distance au-dessus et au-dessous du tubercule et remplie d'éléments embryonnaires. En général la circulation en ces points est arrêtée par une coagulation fibrineuse qui s'est faite dans l'intérieur des vaisseaux.

Le mode de production de la zone inflammatoire peut aussi être facilement étudié dans le gand épiploon. Le grand épiploon est constitué par des tractus fibreux ou travées qui limitent des aréoles; ces travées sont tapissées à leur surface par de grandes cellules plates, polygonales, et elles ne présentent des vaisseaux que lorsqu'elles sont très-épaisses. L'épiploon ressemble donc à une dentelle percée largement à jour. Dès qu'une granulation tuberculeuse formée de cellules petites et nombreuses apparaît sur une de ces travées, les grandes cellules épithéliales voisines se gonflent, deviennent vésiculeuses, présentent quelquefois plusieurs noyaux et, baignées dans un liquide séreux, entourées de fibrine, elles tombent dans l'intérieur des aréoles qu'elles remplissent. Comme conséquence du tubercule est donc survenue une zone de péritonite spéciale, les deux lésions, granulation et inflammation se sont, là encore, trouvées, réunies.

Dans le poumon, le siége des granulations tuberculeuses est très-variable et multiple. Comme dans tous les autres organes elles apparaissent d'abord autour des *vaisseaux*. Elles se développent *autour des bronches* dans le tissu conjonctif qui les double à leur périphérie : on peut en trouver jusqu'à deux et trois dans une section perpendiculaire à la direction d'une bronche, formant comme une couronne autour de son canal. Autour de ces granulations péri-bronchiques comme autour des granulations péri-vasculaires de la pie-mère, se développe une zone inflammatoire, une sorte d'infiltration diffuse qui peut être fort marquée lorsque les tubercules sont situés à peu de distance les uns des autres. Des coupes perpendiculaires à la direction du conduit faites successivement sur la bronche permettent de bien étudier cette disposition.

On trouve aussi les granulations tuberculeuses à la *surface de la muqueuse bronchique* : de même qu'elles peuvent se développer dans le larynx et la trachée, de même elles siégent aussi sur la muqueuse des grosses et des petites bronches. On les rencontre également dans le parenchyme pulmonaire lui-même, dans les *infundibula*. Tout un infundibulum, c'est-à-dire la réunion de 10, 15, 20 alvéoles qui s'ouvrent dans un même canalicule est complétement rempli par des cellules arrondies, petites, offrant un noyau entouré d'une faible quantité de protoplasma. Ce sont des granulations tuberculeuses à la périphérie desquelles existent quelques cellules plus considérables. Enfin dans les alvéoles voisins on trouve des cellules épithéliales, volumineuses, sphériques, à plusieurs noyaux, nageant dans une petite quantité de liquide; il y a là par conséquent les lésions de la pneumonie catarrhale.

Ainsi dans le milieu du tissu pulmonaire, dans la cavité même des infundibula existent des granulations tuberculeuses qui s'accompagnent de pneumonie catarrhale. Distinguer nettement ce qui dans les cavités alvéolaires est le propre de la granulation de ce qui appartient à l'inflammation consécutive peut donc paraître difficile. On y parvient à l'aide de l'acide picrique qui coagule il est vrai les éléments, produits de la pneumonie catarrhale, mais pas assez pour empêcher sur des coupes fines leur dissociation par le pinceau. Tout ce qui est élément libre est alors chassé de l'intérieur des alvéoles, quant aux granulations tuberculeuses, elles ne sont modifiées en rien. Il est facile de voir alors sur une préparation qui comprend une granulation tuberculeuse et sa périphérie que la granulation elle-même occupe plusieurs alvéoles d'un même infundibulum. Les cloisons élastiques des alvéoles sont en effet conservées. A la périphérie d'une semblable granulation, on voit des bourgeons du tissu qui la composent partir de la granulation et faire saillie dans les alvéoles pulmonaires voisins.

Enfin on trouve très-souvent des granulations tuberculeuses développées à la surface de la *plèvre* soit viscérale, soit pariétale : on peut constater aisément leur présence sur cette dernière en la regardant par transparence après l'avoir détachée de la paroi thoracique. Il faut toujours dans les cas douteux enlever ainsi la plèvre pariétale, car j'ai vu bien souvent, Messieurs, une hésitation se produire en face de la lésion pulmonaire alors que les tubercules de la plèvre ne pouvaient laisser subsister le moindre doute.

En résumé, la périphérie des vaisseaux, la surface externe et la surface interne ou muqueuse des bronches, les infundibula pulmonaires, la plèvre, tels sont les points dans lesquels les granulations tuberculeuses peuvent se développer. *(A suivre).*

CLINIQUE MÉDICALE.

Du Psoriasis buccal,

par **DEBOVE**, interne des hôpitaux de Paris.

(Extrait d'un Mémoire lu à la Société anatomique, dans la séance du 17 octobre.)

Au *début*, le psoriasis buccal n'occasionne aucune gêne; les malades s'en aperçoivent par hasard, en se regardant la langue dans un miroir; j'ai vu plusieurs sujets chez lesquels l'affection ne donnait encore lieu à aucun trouble : ils ignoraient absolument leur mal. Peu à peu, la lésion augmente, les plaques psoriasiques deviennent plus épaisses, plus larges, produisent un certain nombre de troubles qui ne permettent plus ni au malade, ni au médecin de méconnaître l'affection.

Les *taches* sont d'abord opalines, transparentes, la couche épidermique, peu épaisse, laisse voir par transparence la muqueuse linguale, cette couche épidermique s'épaissit graduellement et devient opaque; les teintes qu'elle présente varient légèrement, quelquefois elle est d'un blanc brillant, argenté, rappelant tout à fait par son éclat le psoriasis herpétique des coudes et des genoux; en général la langue est d'un blanc moins brillant, semblable à celui des bourgeons charnus sur lesquels on a passé un crayon de nitrate d'argent. Si on examine ces surfaces à la loupe on reconnaît que les papilles sont plus volumineuses, souvent plusieurs d'entre elles sont confondues, englobées par une même masse épithéliale.

La *configuration de la lésion* est variable. Le psoriasis nummulaire est une forme assez fréquente; il est formé par une, deux, trois ou un plus grand nombre de taches arrondies situées à la face dorsale de la langue, leur diamètre est souvent de cinq à six millimètres, plusieurs d'entre elles peuvent se fondre en une plaque limitée alors par un rebord festonné.

La *forme* habituelle est celle d'une plaque médiane s'étendant du V lingual à l'union du tiers antérieur de la langue avec son tiers moyen. Au centre, les squames sont nombreuses, épaisses; à la périphérie, elles diminuent, deviennent minces et prennent une teinte opaline; on peut suivre sur ces points l'évolution de l'affection.

Dans une autre forme la face dorsale de la langue est toute entière malade, l'affection s'étendant d'un bord de l'organe à l'autre, de la pointe à la racine.

La face inférieure de la langue est ordinairement saine; lorsque la lésion occupe cette région elle est toujours limitée, peu prononcée, consistant en une ou deux petites plaques opalines.

Si on applique le doigt sur une tache psoriasique, on a un sentiment de résistance; si on pince la langue entre les doigts cet organe paraît plus dur. Cette augmentation de consistance est due à l'accumulation d'épiderme, mais elle est due

surtout à une néoformation de tissu fibreux dans la muqueuse et dans les parties sous-jacentes; c'est ce que j'ai pu constater parfaitement sur la langue d'un malade mort dans le service de M. le professeur Verneuil.

Quelques psoriasis, même étendus, sont lisses, c'est-à-dire qu'à leur surface il n'existe ni fissures, ni crevasses; mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi: la langue présente un certain nombre de sillons, les uns superficiels qui ne paraissent que l'exagération des sillons normaux; d'autres, au contraire, larges, au fond desquels on voit la muqueuse ulcérée et saignante.

Le grand sillon médian de la langue est ordinairement le siége de cet ulcère linéaire, souvent on voit des sillons moins profonds qui lui sont parallèles, et parfois aussi d'autres sillons transversaux coupant les premiers perpendiculairement et divisant ainsi la muqueuse linguale en un certain nombre de petits blocs carrés. Chez plusieurs malades, pendant la mastication, des parcelles alimentaires venait se loger dans les sillons, leur causaient une douleur assez vive, et les obligeaient à se rincer la bouche à chaque instant.

Il existe encore d'autres ulcères, qui se forment par une desquamation d'étendue variable; leur forme est souvent arrondie, au bout d'un certain temps ces ulcères se recouvrent de nouvelles couches épithéliales.

Dans les cas simples, il n'existe pas de douleur vive, mais un sentiment de gêne qui est constant, tourmente singulièrement les malades et les rend facilement hypochondriaques. Pendant le repas, la gêne est plus considérable, elle devient même une douleur assez intense si le malade a des ulcères linguaux ou s'il fait usage de boissons ou d'aliments irritants.

La *mastication* est toujours lente, la langue n'étant plus auusi mobile qu'à l'état normal; en raison de la sensibilité exagérée de cet organe, les malades se soumettent à un régime spécial, ils évitent les aliments irritants par leur nature ou leur consistance, j'ai vu des sujets obligés de se nourrir exclusivement, pendant un certain temps, d'aliments tels que soupes, purées, etc.

Beaucoup de malades prétendent avoir le *sens du goût* intact; c'est là une erreur qui tient à ce que la lésion, marchant lentement, le goût s'émousse, à l'insu du malade, et en second lieu à ce qu'une partie des sensations rapportées par les malades au sens du goût auraient du être rapportées au sens de l'odorat.

La *parole* est gênée, surtout au début d'une conversation, ou à la fin d'un long entretien; les malades se plaignent alors d'avoir la langue épaisse, il leur semble qu'elle ait augmenté de volume.

La *salivation* est ordinairement augmentée, elle l'est quelquefois assez pour que, pendant le sommeil, la salive s'écoule de la bouche.

Le psoriasis de la face interne des joues et de la face postérieure des lèvres existe seul ou bien avec un psoriasis de la langue; il se présente sous forme de taches blanchâtres siégeant souvent aux commissures, et décrites sous le nom de plaques des fumeurs. Ces plaques présentent souvent des crêtes saillantes et cette variété pourrait être décrite sous le nom de psoriasis végétant.

Le psoriasis peut siéger à la voûte palatine, sur les gencives. Dans un cas observé par M. Bazin le psoriasis des gencives aurait amené une carie dentaire précoce.

La *marche* du psoriasis buccal est chronique et irrégulière; sous l'influence d'agents irritants, et en particulier chez les malades ayant suivi un traitement mercuriel, on le voit progresser avec rapidité et par poussées. Sa durée est indéterminée, j'ai vu des malades qui prétendaient que depuis nombre d'années leur mal restait stationnaire.

Une des *terminaisons*, malheureusement fréquente du psoriasis lingual, est le cancroïde. J'ai vu un de ces cas dans le service de M. Verneuil; MM. Bazin, Hardy, Hillairet, Panas en ont observé d'autres.

Mon ami le Dr Edmond Bassereau m'a communiqué un cas de psoriasis labial ayant amené un cancroïde de la lèvre. Un malade, actuellement dans le service de M. le professeur Verneuil a un psoriasis de la joue et un cancroïde de la même région.

Je ne connais pas d'exemple de cette affection chez l'enfant elle est rare chez la femme; un certain nombre de médecins ont pensé qu'elle était de nature syphilitique, erreur déplorable qui les a conduit à aggraver l'état de leurs malades par un traitement mercuriel. Il est certain que cette affection est fréquente chez les sujets ayant eu des manifestations buccales de la syphilis, mais il s'agit là d'une action tout à fait locale, d'une irritation produite par la présence de plaques muqueuses mais qui n'a rien de syphilitique.

La *cause* la plus fréquente du psoriasis buccal est l'abus du tabac, c'est ce qui nous explique la rareté relative de cette affection chez la femme.

M. Bazin à qui l'on doit la première description du psoriasis buccal, soutient que cette affection est de *nature* arthritique. Je ne saurais être aussi affirmatif que ce savant maître. Pour un certain nombre de cas, l'origine arthritique m'a paru évidente, mais pour d'autres, je n'ai rien découvert dans l'état actuel du malade, ni dans ses antécédents qui me permette de rattacher son mal à l'arthritis. Je dirai enfin que M. Bazin a constaté l'existence du psoriasis buccal sur plusieurs sujets appartenant à une même famille.

THÉRAPEUTIQUE

De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux de Paris (1).

Température.— La triméthylamine amène la diminution de la température; le fait est généralement admis, quoique basé sur un petit nombre d'expériences. Comment se produit cet abaissement de la température? Est-il dû uniquement au ralentissement de la circulation? Cette explication ne peut tenir devant l'observation, car celle-ci nous enseigne seulement que la température peut baisser avant ou en même temps que le pouls, mais que le ralentissement peut continuer alors que la température reste à peu près fixe. Cependant on sait, d'une manière générale, par observation directe, que le ralentissement artificiel du pouls est accompagné d'un certain abaissement de la température. L'expérimentation et la clinique le prouvent.

Voici ce qu'écrit à ce sujet M. Dujardin-Beaumetz: « Nous prenons à jeun, à 5 heures, 50 centigrammes de chlorhydrate de triméthylamine dissous dans l'eau. Notre pouls était à 78, et notre température axillaire à 37°,4; à six heures, le pouls est à 76, la température à 37°,2; à six heures et demie le pouls est à 74, la température à 37°; à sept heures le pouls est à 72, la température à 36,°8,; à neuf heures et demie, le pouls marquait de nouveau 78. »

Sur une autre personne en parfait état de santé nous donnons 75 centigrammes de chlorhydrate de triméthylamine. Le pouls était alors à 88, et la température axillaire était à 37°. Une heure après il y avait 84 pulsations, et la température était de 36°,8. Puis le pouls s'abaisse à 82, la température à 36°,4. Enfin deux heures après l'administration du médicament, le pouls était à 76; et la température à 36°. »

Si, en clinique, les résultats sont moins nets, moins apparents, cela tient sans doute à la nature même de la maladie dont sont affectés les sujets soumis à la médication. Nous allons toutefois en rapporter quelques observations, prises au hasard, sans parti-pris, et empruntées à des cliniciens divers:

Observation IX. — *Rhumatisme articulaire aigu datant de cinq jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en dix-neuf jours.* — (Observation recueillie à St-Antoine, dans le service de M. Gombault, par M. Budin, interne du service).

15 janvier. — Entre un homme jeune encore, ayant déjà eu huit attaques de rhumatisme articulaire aigu; les unes avaient duré pendant deux ou trois jours seulement, les autres pendant deux ou trois mois. Il a eu, dit-il, des

(1) Voir les nos 12, 17 et 19 du *Progrès Médical.*

complications du côté du cœur. — A son entrée, on constate que presque toutes les articulations sont gonflées, le pouls fréquent, les sueurs abondantes.

14 janvier. — *Matin.* P. 104 ; T.A. 38°,8. On prescrit 50 centigrammes de propylamine. — *Soir.* Le malade accuse du soulagement ; P. 104 ; T.A. 39°,5.

15 janvier. — Nuit mauvaise. P. 104; T.A. 39°,3 ; propylamine 75 cent. *Soir.* P. 96 ; T.A. 39°,8.

16 janvier. — P. 96; T. 39°,2; propylamine 1 gr. — *Soir.* P. 96 ; T. 39°; — propylamine 1 gr. 25.

17 janvier. — Etat meilleur. P. 92; T. 38°,8. — *Soir.* — P. 92 ; T. 39°,2.

18 janvier. — P. 88 ; T. 38°,4 — propylamine 1 gr. 25.— *Soir.* T. 38°,5.

19 janvier. — P. 84 ; T. 38°,3 — propylamine 1 gr. 25. — *Soir.* P. 92 ; T. 39°,2.

20 janvier. — P. 80 ; T. 38°,4 — propylamine 1 gr. 25 — *Soir.* 96 ; T. 38°,5.

21 janvier. — Mieux très-sensible. P. 84 ; T. 38° — propylamine 1 gr. 50. — *Soir.* P. 84 ; T. 37°,8.

22 janvier. — Le mieux s'accentue. P. 80 ; T. 37°,4 ; propylamine 1 gr. 50. — *Soir.* P. 80; T. 37°,4.

23 janvier. — P. 76 ; T. 37°,8 ; propylamine 1 gr. — *Soir.* P. 64 ; T. 37°,5.

24 janvier. — Mieux — P. 80 ; T. 37°,5 ; propylamine 0,50.

25 janvier. — P. 68 ; T. 37°,1. — Après quelques alternatives, le pouls reste à 70 et la température à 37°. Le malade sort guéri complétement le 3 février.

On ne peut pas dire que le traitement ait ici jugulé la maladie; néanmoins la triméthylamine a calmé les douleurs et amené une diminution du pouls et un abaissement de la température.

Observation ix. — *Rhumatisme articulaire aigu, avec délire, datant de huit jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en 16 jours.* — Service de M. Gombault; observation recueillie par M. Budin). Bonn.. Célina, 28 ans, entre le 13 janvier à l'hôpital St-Antoine. Elle était malade depuis huit jours, et avait déjà eu une attaque qui avait duré six semaines.

14 janvier. Soir. — P. 80 ; T. 37°,8.

15 janvier. — La malade n'a pu reposer. — P. 108 ; T. 37°,8 ; propylamine 0, 75. — *Soir.* P. 104 T. 37°,6.

16 janvier. — P. 96; T. 37°,4; propylamine 1 gr. — *Soir.* P. 96 ; T. 37°,2.

17 janvier. — P. 112 ; T. 37°,8 ; propylamine 1 gr. — *Soir* : P. 120 ; T. 37°,6.

18 janvier. — Cessation du délire qui durait depuis le début de la maladie. P. 92; T. 37°. — *Soir.* P. 92; T. 37°,5.

20 janvier. — P. 80 ; T. 37°,4 ; propylamine 1 gr. 25. — *Soir.* P. 88 ; T. 37°,6. —*22 janvier.* P. 64 ; T. 37°. — *25 janvier.* P. 76 ; T. 36°,6.

Ici nous avons à faire à un rhumatisme compliqué de délire ; il est à remarquer cependant que la température s'était peu élevée ; cependant sous l'influence de la méthylamine, la guérison s'est effectuée en dix jours, le pouls est tombé de 103 à 76, et la température, primitivement à 37° 8, est descendue à 36°,6. Nous allons à présent emprunter deux observations au travail de M. Hamdy.

Observation x. — *Rhumatisme noueux subaigu traité par la propylamine et son chlorhydrate. Guérison des douleurs articulaires en six jours. Apparition de la diarrhée.* — Cette observation a trait à une femme de 52 ans, d'une forte constitution, atteinte pour la seconde fois d'une attaque de rhumatisme. Le 15 novembre 1872, elle est prise d'une douleur de l'articulation tibro-tarsienne gauche qui, le 16, envahit la même articulation du côté droit, et le 17 les articulations radio-carpienne et métacarpo-phalangienne droites. Elle reste malade jusqu'au 10 février, où les douleurs ne lui parurent pas assez fortes pour l'empêcher de reprendre son travail. Mais le 13 février elle est reprise d'une douleur assez vive dans le poignet droit qui s'étend le 14, au coude du même côté, et le 15, elle rentre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Béhier.

16 février. — Gonflement des articulations du coude et du poignet droit, de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit et de la phalangienne du médius, de la métatarso-phalangienne du gros orteil droit et de la tibio-tarsienne gauche. T. 37°,4 ; P. 80.

17 février. — P. 94 ; T. 37°,2. — *18 février.* — P. 94; T. 36°,8.

19 février. — P. 96 ; T. 36°,8 — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 10.

20 février. — Mieux ; la malade a faim ; douleurs moins fortes. P. 94 ; T. 36°,4;— chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 20.

21 février. — Les douleurs sont encore diminués. P. 86 ; T. 36°,2. — Triméthylamine 0 gr. 50.

22 février. — Le mieux s'accentue davantage. P. 84 ; T. 36°. — Triméthylamine 1 gr.

25 février. — Les douleurs ont complétement disparu. P. 80 ; T. 36°,5. — Triméthylamine 1 gr. 50.

28 février. — Coliques et diarrhée. P. 90 ; T. 37°,6. On cesse la triméthylamine ; la diarrhée cesse ; les douleurs n'ont pas reparu.

Dans cette observation, où le traitement fut commencé par le chlorhydrate de propylamine et continué par la triméthylamine, on voit tous les symptômes s'amender dès le deuxième jour, où les douleurs ont diminué, le pouls et la température se sont abaissés. L'amélioration s'accentue par les mêmes phénomènes les jours suivants, et les douleurs ont entièrement disparu le sixième jour ; il ne reste que des nodosités articulaires. La diarrhée qui s'est déclarée avec une certaine intensité nous paraît devoir être rapportée à la triméthylamine, car cet accident s'est montré à la suite de l'élévation de la dose du médicament de 1 g. à 1 g. 50.

Observation xi. — *Rhumatisme articulaire subaigu compliqué d'affection organique du cœur et de pleurésie. Traitement par la propylamine. Cessation des douleurs en dix jours.* — Le sujet de cette observation est un jeune homme de 19 ans, d'un tempérament lymphatique, qui a eu cinq attaques de rhumatisme, toutes traitées par le sulfate de quinine. La moins forte a duré un mois ; la plus forte quatre mois.

1er février. — Le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Le poignet droit, les articulations tibio-tarsiennes, le genou gauche et la hanche gauche sont œdematiés et douloureux ; insuffisance aortique ; épanchement pleural à gauche. — P. 108 ; T. 37°,9. — Triméthylamine 0 gr. 50.

2 février. — Le coude gauche se prend. — P. 96 ; T. 37°,8 — Triméthylamine 1 gr.

3 février.	— P. 104;	T. 37°,6.	— Triméthylamine 1 gr. 50.
4 février.	— P. 104;	T. 37°,4.	— Triméthylamine 1 gr. 50.
5 février.	— P. 108;	T. 39°,8.	— Triméthylamine 1 gr. 50.
6 février.	— P. 108;	T. 37°,8.	—
7 février.	— P. 104;	T. 38°,8.	— Triméthylamine 1 gr.
8 février.	— P. 92;	T. 37°,4.	— Triméthylamine 1 gr. 50.
9 février.	— P. 92;	T. 37°,5.	— Triméthylamine 2 gr.
10 février.	— P. 88;	T. 37°,4.	— Triméthylamine 2 gr.
11 février.	— P. 88;	T. 37°,4.	— Triméthylamine 1 gr. 50.
12 février.	— P. 88;	T. 37°.	— Triméthylamine 1 gr.
13 février.	— P. 82;	T. 37°.	— Triméthylamine 1 gr.
14 février.	— P. 76;	T. 36°,8.	— Triméthylamine 0 gr. 50.
15 février.	— P. 72;	T. 36°,8	— Triméthylamine 0 gr. 50.
18 février.	— P. 70;	T. 36°,4.	—

Nous voyons dans cette observation que l'influence de la triméthylamine ne s'est pas fait sentir dès les premiers jours, mais ayant été cessée pendant une journée, le 6 février, la température s'est subitement élevée de 37°,8 à 38,°8. Administrée de nouveau, elle a amené la diminution du pouls et l'abaissement de la température qui ne se sont pas démentis jusqu'à la guérison complète. (*A suivre*).

Note sur l'usage de l'ipéca dans le choléra infantile et quelques autres formes de diarrhée. (Suite) (1).

Par **H. Chouppe.**

Dans les deux faits précédents nous avons vu l'ipéca produire rapidement des résultats satisfaisants. Les faits suivants viennent encore à l'appui de l'utilité de cette médication.

Obs. III. Enfant de 10 mois sevré à 3 mois, sa mère étant devenue grosse, d'une constitution faible, et nourri de soupe et de bouillie.

Cet enfant fut pris au commencement du mois de septembre d'une diarrhée abondante contre laquelle l'on se contenta de lui donner un peu de sous-nitrate de bismuth sans surveiller l'alimentation. Pendant les premiers jours son état général ne souffrit pas beaucoup, il était gai et souriait. Dans la soirée du 12 septembre, il fut pris tout à coup de phénomènes graves, la voix s'éteignit la diarrhée devint beaucoup plus fréquente, il eut des selles riziformes et en même temps il commença à vomir. Quand je fus appelé auprès de lui vers 5 heures du soir il était froid, languissant, les urines avaient disparu. Je prescris pour sa nuit deux lavements d'ipéca.

13 septembre. La diarrhée a diminué, l'enfant s'est réchauffé facilement, il ne vomit plus et a même pu prendre deux fois le biberon sans vomir. — Même traitement.

Le soir l'enfant se trouvant tout à fait bien l'on commet l'imprudence de lui donner une soupe; bientôt après les vomissements reparaissent, la diarrhée revient ainsi que l'algidité.

Le 14 au matin l'enfant est à l'agonie, il éprouve des crampes extrêmement douloureuses et meurt dans la journée.

Obs. IV. Enfant de 15 mois entré salle Ste-Julie avec sa mère malade. Au moment de son entrée il était en bonne santé.

(1) Voir le n° 14 du *Progrès Médical.*

Le 14 *septembre* l'enfant n'a plus d'appétit, il vomit, a une diarrhée abondante; 2 *lavements ipéca.*

15. L'enfant va mieux, il tette bien, la diarrhée a disparu presque complétement; il n'a pas vomi; même traitement.

16. Diarrhée disparue, état général très bon. Même traitement.

17. On supprime l'ipéca.

18. L'enfant sort de l'hôpital, il est tout à fait guéri.

La première observation semble de prime-abord avoir donné un résultat négatif, mais si l'on veut bien considérer qu'au moment où le traitement a été commencé l'enfant était à la période algide d'un choléra bien conformé l'on reconnaîtra que si l'alimentation eût été bien dirigée, comme je l'avais recommandé, l'enfant eût peut-être guéri, puisqu'après les premiers soins il s'était manifesté une amélioration très-notable. Je dois ajouter que les lavements d'ipéca ont été ici mal conservés. Ce n'est pas que je veuille prétendre que ce traitement réussisse dans tous les cas; mais l'on voit que même dans les cas graves et désespérés il peut produire de l'amélioration. *(A suivre.)*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Université libre de Bruxelles.

La réouverture solennelle de l'Université libre de Bruxelles a eu lieu le lundi 13 octobre en présence d'un public exceptionnellement nombreux. Selon l'habitude, dans de semblables solennités, plusieurs discours ont été prononcés. Celui du nouveau recteur, M. le professeur Thiry a particulièrement attiré l'attention :

« Nous avons constaté, dit la *Presse médicale belge*, que chaque allusion au progrès, au libre développement de notre institution universitaire et surtout la revendication pour la génération contemporaine du droit de libre examen, ont soulevé l'enthousiasme de la jeunesse universitaire et du public choisi qui se pressaient dans la rotonde de l'Université. Nous sommes heureux de le dire, en ce moment où toutes nos institutions en Belgique semblent subir la fatale influence du souffle d'intolérance et de cléricalisme qui nous vient de la France, influence à laquelle les Universités de l'Etat même ne parviennent pas à se soustraire, nous sommes heureux, disons-nous, de voir l'Université libre de Bruxelles conserver intactes les traditions de tolérance et de progrès que lui ont légués ses fondateurs. »

Cette appréciation de la *Presse médicale belge* méritait d'être mentionnée. Elle nous montre que si nous avons à cœur de reconquérir notre influence intellectuelle dans le monde, nous devons marcher franchement dans la voie scientifique que nos devanciers ont si largement ouverte et non pas nous incliner servilement sous les fourches caudines de la foi, l'ennemie traditionnelle de la « tolérance et du progrès. »

Le Choléra.

Ainsi que nos lecteurs pourront en juger d'après les chiffres que nous donnons plus loin (pages 233 et 238), l'épidémie cholérique demeure à peu près stationnaire, à Paris. D'autre part, on ne nous signale l'apparition du choléra dans aucune ville de province autre que celles où le fléau existe déjà.

Dans le dernier numéro du *Progrès médical* nous indiquions le danger qui pouvait résulter de l'envoi en province des troupes campées à Paris et dans ses environs. Voici un fait qui vient à l'appui de notre opinion. A la fin de septembre dernier, un individu, ayant déjà de la diarrhée, quitte Paris, pour se rendre à Metz. Arrivé dans cette ville il y meurt du choléra. Plusieurs membres de sa famille succombent à la maladie. Il paraîtrait aussi que quelques cas se seraient produits parmi les soldats prussiens. Tout commentaire serait superflu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du samedi 19 Octobre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. HAYEM, à propos du procès-verbal, revient sur sa précédente communication et expose le résultat de ses recherches nouvelles sur les sclérostomes et les myceliums trouvés chez un canard. Ce palmipède était atteint de pneumonie caséeuse; les canaux aérifères étaient infiltrés d'un exsudat où, au milieu de substance fibrineuse et de globules blancs et rouges, on rencontrait des tubes de trois variétés différentes: les uns, très-fins, n'étaient ni ramifiés, ni cloisonnés; d'autres présentaient quelques ramifications et des cloisons nombreuses : ils étaient remplis de granulations; d'autres enfin offraient des articles renflés en certains points, allongés, plus gros à l'une de leurs extrémités qu'à l'autre. La préparation présentait en outre des corpuscules ovoïdes si nombreux, qu'elle en paraissait saupoudrée. Il s'agit évidemment de spores, et il est possible que les corps granuleux contenus dans l'intérieur des articles, ne soient autre chose que ces mêmes spores, mais encore peu développés.

M. GOUBAUX. Il serait très-intéressant de savoir quels symptômes ces canards ont présenté pendant leur maladie. On signale en effet une mortalité très-grande chez diverses espèces d'animaux et sur différents points de la France : peut-être s'agit-il dans quelques cas d'affections parasitaires analogues à celles que signale M. Hayem. J'ajouterai en outre, à propos de la précédente communication de M. Legros sur les filaires hématiques, que MM. Gruby et Delafond ont fait de très-nombreuses expériences sur ces hématozoaires, et plusieurs des points que veut élucider M. Legros sont déjà éclaircis. Il me paraît utile de rappeler que, malgré la présence des parasites, les chiens restaient très-vigoureux.

M. CARVILLE. J'ai parlé à M. Vulpian de la communication de M. Legros. M. Vulpian se souvenait des expériences de Gruby et Delafond, et il croit se rappeler que les filaires meurent au contact de l'eau; ces mêmes filaires sont fréquents chez le corbeau : ils paraissent provenir des muscles, car, lorsqu'on dissèque avec soin des animaux atteints, on trouve constamment dans les muscles des filaires bien plus gros et qui paraissent avoir donné naissance à toute la lignée.

M. HENOCQUE. J'ai depuis longtemps déjà entrepris des études sur la structure du cartilage : je vais communiquer aujourd'hui les premiers résultats obtenus, et chercher à établir que les cartilages sont perméables, non-seulement aux liquides, mais encore aux substances colorantes granuleuses et constituées par de petits corpuscules, comme le carmin, le cinabre et l'indigo. Vous pouvez voir sur les dessins que je mets sous vos yeux, des coupes de cartilages provenant du fémur d'un lapin : au milieu de la préparation existent des masses rouges et des traînées un peu moins foncées produites par le carmin. Les petits corpuscules de l'injection pénètrent jusque dans l'intérieur des cellules : les chondroplastes peuvent en être remplis.

Voici quel est mon procédé opératoire. J'ai poussé mon injection, non par un canal vasculaire quelconque, mais par le tissu médullaire contenu dans l'épaisseur des os. Pour cela, je pratique un trou entre les condyles du fémur, et j'injecte ainsi dans la moelle plusieurs seringues de Pravaz de la matière colorée. Le liquide file d'abord avec rapidité, puis, au bout de quelque temps, l'opérateur éprouve quelque résistance; mais l'injection pénètre, car bientôt on la voit envahir les veines. Le meilleur liquide me paraît être le lait tenant en suspension de l'indigo et du carmin.

Pour pénétrer ainsi dans l'épaisseur du cartilage, quel chemin peut suivre le liquide coloré? Il est évident qu'il ne s'agit point ici d'effraction, car la pression due à la seringue de Pravaz ne saurait être assez forte pour obtenir une rupture vasculaire. Il résulte de mes recherches que l'injection s'avance à travers des lacunes analogues à celles que l'on trouve dans la cornée, ce qui nous ramène aux interstices du tissu conjonctif tel que M. Ranvier le comprend. Je dois

ajouter que ces expériences n'ont pas été faites sur le lapin seulement : je les ai répétées sur différents animaux, le chevreau et la caille par exemple. Mais je reviendrai sur cette communication, et dans la séance prochaine j'essaierai de démontrer l'existence des lacunes cartilagineuses que je signale aujourd'hui.

M. Charcot. Si mes souvenirs sont précis, cette pénétration des substances colorantes dans le cartilage aurait été déjà signalée, peut-être par Aeby.

M. Javal fait une intéressante communication sur l'astigmatisme, et décrit un ingénieux appareil pour en mesurer le degré. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 Octobre. — Présidence de M. Depaul.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de plusieurs correspondances ayant trait au choléra. Comme moyen de traitement M. Achille Brachet préconise l'injection du chlorure d'aluminium dans les veines ; M. Netter, l'injection de l'eau froide. M. Romanovski (de Vaucluse) remarque que les épidémies cholériques vont toujours suivant une marche d'Orient en Occident, il croit que les courants miasmatiques se transmettent en suivant l'écorce terrestre.

M. Delpech. L'épidémie cholérique est restée stationnaire. Du 14 octobre au 20 inclusivement il y a eu 57 décès. Le chiffre des morts en ville a encore un peu augmenté, il a été de 35 au lieu de 27 qu'il y avait eu dans la période précédente. En revanche les hôpitaux ont été plus épargnés. Il n'y a eu que 22 décès au lieu de 24 et le nombre de cas développés intérieurement de 9 est encore descendu à 4. Les hôpitaux militaires ont été complétement indemnes cette fois ; la semaine précédente il y avait eu 5 décès.

M. Lefort lit plusieurs rapports sur des demandes de fabrication et de mise en vente de *remèdes secrets*. Rien de grotesque comme quelques-unes de ces demandes et il est triste de penser que l'Académie ait à s'occuper de pareilles insanités. Un pharmacien a trouvé un remède infaillible contre la rage ; un maréchal-ferrant une pommade sans égale pour la guérison de la gale et autres maladies cutanées. Un magnétiseur communique son fluide à des solides et à des liquides qui sont envoyés aux malades et destinés à remplacer auprès d'eux le faiseur de passes. Enfin, un horloger a inventé un onguent avec lequel il guérit la rage, l'épilepsie, les cors aux pieds, l'apoplexie ; ce spécifique agit également sur les hommes et sur les animaux. Il est inutile de dire qu'aucune autorisation n'a été accordée à ces inventeurs.

M. Colin continue la lecture de son travail sur *l'action des matières putrides et sur les septicémies*. Nous publierons ultérieurement une analyse de cette communication. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Cancer primitif du foie, par R. Lépine, chef de clinique de la Faculté.

Le nommé W..., âgé de 58 ans, cantonnier de la ville de Paris, entre le 15 juin à la clinique de M. le professeur Sée. Cet homme, qui paraît plus âgé qu'il n'est en réalité, a fait autrefois des excès alcooliques fort nombreux ; néanmoins il prétend que sa santé était bonne jusqu'au milieu du mois de mai dernier. A cette époque, il a été exposé à un refroidissement, il est resté mouillé plusieurs heures, immobile en plein air; depuis lors, il a dû cesser son service ; il ne s'est pas alité, mais il a souffert de douleurs dans l'abdomen, qui avaient le caractère de coliques et qui siégeaient surtout *dans le flanc gauche*. Ces douleurs s'accompagnaient de diarrhée : *jamais il n'a souffert dans la région du foie*; jamais il n'a eu d'ictère, ni d'ascite, ni d'œdème des pieds. — Depuis un mois, son appétit a beaucoup diminué ; mais il prétend qu'avant le refroidissement, il n'avait jamais eu de troubles digestifs.

A la palpation de l'abdomen, on constate aisément que le foie est très-volumineux et très-dur ; son bord inférieur arrive presque à l'ombilic ; il n'est nullement tranchant, mais arrondi comme une demi sphère. En déprimant les parois, on sent facilement que la surface de l'organe est parfaitement lisse, et qu'elle présente uniformément une dureté comme ligneuse ; pas d'apparence de fluctuation, d'ailleurs la palpation n'est pas douloureuse au moment de l'entrée du malade ; ce n'est que les jours suivants qu'il souffre à la suite d'explorations répétées.

Les urines sont assez fortement colorées ; elles ne présentent ni albumine, ni matière colorante de la bile. Le sucre n'a pas été recherché. Plusieurs fois pendant son séjour, les urines ont été de nouveau examinées ; elles ont toujours offert les mêmes caractères et l'absence de l'albumine et de la biliverdine a été dûment constatée.

Quelques jours après son entrée, le malade a commencé à souffrir du ventre ; en même temps, il s'est mis à délirer ; le délire était parfois bruyant et agité, puis on a constaté l'apparition d'une ascite légère ; pas d'ictère, mais, une coloration un peu jaunâtre du tégument, surtout de la face, coloration qui ne se rapportait pas exactement à la teinte paille, mais qui était simplement cachectique. Cet état caractérisé par du délire, avec la peau un peu chaude parfois, mais sans fièvre véritable, sans douleur abdominale, ni ascite, sans ictère, a duré près de huit jours, jusqu'à la mort.

Autopsie. Pas de traces d'infiltration des pieds; deux litres de sérosité dans l'abdomen ; nombreuses granulations cancéreuses sur le péritoine pariétal et viscéral, surtout dans le grand épiploon qui en est littéralement criblé. — *Foie* énorme, présentant à sa surface environ dix masses dures, légèrement ombiliquées, du volume d'une grosse pomme. A la coupe, on constate que le lobe droit presque tout entier est occupé par une masse énorme du volume d'une tête d'enfant, dure, homogène, de couleur uniformément jaune, sauf une zone à la périphérie, qui est blanche ; dans cette zone on distingue de nombreux petits îlots blancs, moins durs.

Les *voies biliaires* dans toute leur étendue sont saines ; à la surface de la vésicule, près de l'origine du canal cystique, on remarque seulement une petite plaque cancéreuse paraissant développée sur le péritoine et n'exerçant d'ailleurs aucune compression sur les voies biliaires.

L'*estomac* et le *duodénum* sont parfaitement sains. Le *pancréas* est normal ; mais sa tête est entourée d'une masse cancéreuse, irrégulière, qui est facilement reconnue à la coupe, comme une agglomération de ganglions lymphatiques soudés entre eux, mais distincts. Ces ganglions se continuent sans interruption avec d'autres ganglions également dégénérés, situés dans l'épiploon gastro-hépatique et jusqu'au hile du foie. — *Rate* petite, saine. Reins normaux.

Poumons. Le gauche présente un bon nombre de granulations cancéreuses ; trois ou quatre ganglions bronchiques du côté gauche, sont cancéreux. — Le poumon droit, affaissé en partie par la compression du foie, ne présente pas de granulations bien visibles.

Cœur petit et flasque.

L'examen microscopique, fait par M. Cornil, d'un fragment de la zone circonscrivant la grosse masse hépatique a montré des alvéoles cancéreux ordinaires, remplis de cellules cancéreuses peu volumineuses.

Malgré l'existence de plusieurs tumeurs dans le foie, nous sommes obligés d'admettre que la dégénérescence a débuté par cet organe, vu l'absence bien constatée, d'un cancer primitif dans un autre organe. — Le tube digestif, notamment, y compris l'ampoule de Vater, a été minutieusement examiné. Il est à remarquer que l'affection a dû rester un bon nombre de mois latente; pour le malade, il ne s'est aperçu du volume de l'abdomen que peu de jours avant son entrée à l'hôpital.

Indépendamment du cancer du foie, on trouva chez le malade *une tumeur kystique*, de la grosseur d'un œuf d'oie, *située derrière le sternum*. Sa surface était anfractueuse, ses parois assez vasculaires. — Il renfermait de la sérosité transparente. L'imprégnation des parois par le nitrate d'argent montre un riche réseau d'épithélium pavimenteux, irrégulier comme dans les vaisseaux lymphatiques.

M. Lépine se demande s'il ne s'agit pas là d'une dégénérescence kystique du thymus.

Séance du 11 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Epithélioma du col de l'utérus. — Ablation par l'écrasement linéaire. — Infection purulente. — Absence de lésions de syphilis viscérale à l'autopsie. — Observation recueillie par M. SEUVRE, interne.

M..., Geneviève, 51 ans, entre le 16 juin 1873 à l'hôpital Cochin, service de M. DESPRÈS.

Comme antécédents, cette malade a eu dans la jeunesse des symptômes de scrofule osseuse, une fièvre typhoïde en 1851 et des accidents syphilitiques en 1868 (syphilides papuleuses, plaques muqueuses, iritis, traces d'ulcération ancienne du col). — Elle a eu 11 enfants dont 8 sont morts de méningite.

Quant à son affection actuelle, il est difficile d'en préciser le début : la malade affirme avoir eu en 1868 des pertes qui durèrent trois mois. Mais ensuite ses règles reprirent un cours régulier et ce n'est guère que depuis cinq à six mois que les symptômes d'une maladie de matrice apparurent.

Femme pâle, anémique, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre avec irradiations vers les cuisses, et accuse des pertes continuelles d'un liquide sanieux. On sent par le toucher vaginal une tumeur villeuse, végétante, du volume d'une pomme et dont le pédicule semble fixé à la lèvre postérieure du col. L'exploration, qui est peu douloureuse, provoque une perte de sang assez abondante.

L'état général est encore satisfaisant : pâleur de la face mais pas de teint cachectique ; léger mouvement fébrile le soir ; constipation sans ballonnement du ventre ; un peu d'appétit, pas de vomissements. — L'auscultation ne décèle rien d'anormal dans la poitrine.

Le 21 juin M. Desprès pratique l'ablation de la tumeur à l'aide de l'écraseur. Pendant l'opération, la malade non endormie, accuse des douleurs très-vives : sensation profonde d'arrachement, élancements douloureux dans tout l'abdomen, tendance à la syncope ; physionomie pâle, inquiète ; agitation extrême, surexcitabilité nerveuse.

L'écrasement fait d'une façon lente et mesurée ne présenta rien de bien particulier à noter : une rondelle d'amadou caustique fut appliquée sur la plaie et quelques tampons de coton furent introduits dans le vagin pour arrêter l'écoulement de sang. Prescription : Potion cordiale. — Dans la soirée abattement, somnolence ; ventre non ballonné, souple, à peine sensible. Nuit calme.

22 juin. — A la visite on retire les tampons et l'on prescrit des injections avec l'eau alcoolisée. L'après-midi frisson intense. P. 104 ; T. 39,°8

23 juin. — Fièvre assez vive ; pas de ballonnement du ventre, aucune douleur spontanée, un peu de sensibilité à la pression ; selles et miction faciles. Pas de vomissements. P. 112 ; T. 40. 2. Prescript. Sulfate de quinine, 0,50.

24 juin. — Frissons répétés ; douleurs vives dans la cuisse et dans l'aine du côté gauche.

Agitation, anxiété. — L'interne de garde fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine.

25 juin. Léger ballonnement ; selles liquides, abondantes, noirâtres, d'une odeur fétide ; écoulement par le vagin d'une sanie ichoreuse. — Dyspnée, pas de vomissements. P. 112 ; T. 40°, 1. — *Prescrip.* — Nouvelle dose de sulfate de quinine ; fomentations émollientes sur le ventre ; injections vaginales au permanganate de potasse.

27 juin. Ballonnement plus marqué. — Peau sèche, ardente ; langue et lèvres fuligineuses ; affaissement, soubresauts des tendons, subdelirium.

Respiration plaintive, entrecoupée : l'auscultation fait entendre dans la poitrine des râles sous-crépitants ; P. 128 ; T. 40°,4.

28 juin. — Dyspnée extrême ; teinte asphyxique de la face. Affaissement complet. Insensibilité. Dans la matinée. P. 136 ; T. 40°,5 ; dans l'après-midi, le pouls petit, dépressible, peut à peine être compté. Le thermomètre appliqué dans l'aisselle pendant l'agonie donne 41°,5 ; dix minutes après la mort la température monte à 41°,6.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. — Le cadavre exhale une odeur infecte. La face, le cou tuméfiés et emphysémateux sont d'une teinte verdâtre et dénotent une putréfaction hâtée par la température élevée du jour et de la nuit écoulés depuis la mort. Le ballonnement du ventre est excessif. Cette décomposition rapide donne aux organes splanchniques une consistance et une couleur anormales : c'est ainsi que le *cœur*, les *poumons*, la *rate*, les *reins*, le *foie* sont friables et congestionnés. Nous devons restreindre l'importance de ces altérations ; cependant nous avons pu reconnaître dans les deux poumons de nombreux abcès métastatiques : il n'y en avait pas dans le foie.

Un point devait naturellement attirer l'attention : y avait-il chez cette femme cinq ans auparavant syphilitique des cicatrices du foie ? La capsule de Glisson était intacte, la surface lisse du foie ne présentait aucune cicatrice étoilée.

L'*estomac*, l'*intestin* parurent sains. Il en fut de même du rectum, de la vessie, pas de traces de péritonite ancienne ; dans le cul de sac vésico-utérin 150 gr. environ d'un liquide séro-purulent. Les annexes de l'utérus n'offrent rien de spécial à signaler. La paroi postérieure du corps est augmentée d'épaisseur : sur cette paroi incisée on voit sourdre à travers les orifices béants des sinus utérins un pus épais et crèmeux. La plaie au point de section de l'épithélioma laisse elle-même apercevoir des pertuis par lesquels sortent à la pression des gouttelettes de pus.

Le côté gauche du vagin à son union avec le col est épaissi, induré, fait corps avec le tissu cellulaire voisin : les vaisseaux utérins qui plongent dans cette masse altérée sont injectés de pus. A droite, le vagin et les vaisseaux utérins sont sains.

M. DESPRÉS. Par opposition à ce fait, négatif quand aux lésions de la syphilis viscérale, j'ai eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'un malade non syphilitique, qui présentait de nombreuses cicatrices du foie. Ces cicatrices étaient consécutives à la résorption de plusieurs kystes hydatiques de cet organe.

M. CHARCOT. Ces faits n'apportent aucune preuve nouvelle contre la doctrine de la syphilis viscérale. La question reste au point où M. Desprès l'a trouvée. On pourra toujours lui objecter, et avec raison, que la syphilis n'est heureusement pas fatalement viscérale ; et d'autre part cela n'infirmera pas les cas où elle a exercé son influence nuisible sur la glande hépatique. On ne nie plus l'influence de la syphilis sur la production des exostoses, et pourtant on ne trouve pas toujours de lésions osseuses à l'autopsie. Ce mode d'argumentation est donc fort attaquable.

M. DESPRÉS. Le fait que je mets en relief est une unité, qui s'ajoutera à d'autres unités pour avoir alors la valeur d'une démonstration. Il y a quelques années, il suffisait de trouver des cicatrices sur le foie d'un individu pour conclure à la syphilis : on a même cité des cas où les cicatrices existaient deux ans après le chancre initial. On commence déjà à revenir de ces exagérations évidentes. De la même façon, toute hypertrophie de la rate, trouvée dans des circonstances analogues, devenait par là même syphilitique. Or, le fait actuel est la démonstration la plus absolue de la fausseté de ces assertions, puisque la rate n'était pas grosse.

M. LANDOUZY. Je me permettrai de faire remarquer que cette dernière preuve n'a peut-être pas toute l'importance que semble lui donner M. Després. De ce que l'hypertrophie de la rate ait une valeur diagnostique dans la syphilis, il ne s'ensuit pas que son volume normal ait une signification opposée et témoigne contre la syphilis constitutionnelle.

Dans Frerichs, Leudet et Lancereaux, nous n'avons pu relever que vingt-huit cas d'hypertrophie de la rate chez les adultes manifestement syphilitiques. Chez vingt-sept de ces malades, les lésions du foie sont constantes, profondes et rangées sous les noms de rétraction, déformation, cicatrices, nodosités, cirrhose.

Les cas de mégalosplénie syphilitique coïncident donc avec des lésions internes du foie, les secondes semblant commander la première, comme dans le foie des buveurs ou dans le foie cardiaque, l'hypertrophie de la rate succède à la gêne de circulation hépatique.

Si, dans l'espèce, si, dans la syphilis, l'augmentation de

volume de la rate a une certaine valeur, il ne semble pas qu'on soit en droit de tirer grand argument de son absence, puisqu'un malade peut avoir des lésions syphilitiques cutanées, osseuses ou viscérales, des gommes hépatiques mêmes, sans qu'il se produise de retentissement sur la rate, celle-ci paraissant s'hypertrophier alors seulement que les lésions profondes et diffuses du foie entravent sa circulation.

M. CHARCOT. La question a besoin d'être nettement posée, afin d'être résolue, non par des discussions, mais par des faits.

M. Desprès admet-il la spécificité anatomique du syphilôme, de la gomme du foie? Pour moi, j'ai souvent trouvé dans le parenchyme hépatique des lésions qui répondent à la description de Virchow et de Wagner. Quant aux cicatrices, c'est une autre question. Elles peuvent reconnaître des causes multiples, la régression de kystes hydatiques, le traumatisme, quelquefois même, d'après Virchow, le cancer atrophique. Leur diagnostic peut donc être difficile, mais de ce que toute cicatrice hépatique n'est pas liée nécessairement à la syphilis, il ne s'ensuit pas qu'on doive rejeter les gommes du foie.

M. DESPRÉS. Anatomiquement, ce qu'on a appelé les syphilômes ne se distinguent par des lésions de la lymphadénie et du tubercule, et cela de l'aveu de Virchow lui-même, qui en cite des observations péremptoires. Je lis dans la plupart des faits publiés par M. Lancereaux, que les malades avaient simultanément des tubercules pulmonaires. Or, on peut se demander si le soi-disant syphilôme du foie n'est pas une manifestation tuberculeuse, ou une manifestation transformée de la syphilis chez les tuberculeux. Quant à la gomme, en tant que produit spécifique, je la nie absolument.

M. CHARCOT. Les termes de la discussion sont actuellement posés : c'est aux faits à y répondre, et j'invite les membres de la société à venir apporter tous les documents susceptibles de confirmer ou d'infirmer les idées de M. Després.

Lecture par Veyssière d'un rapport sur la candidature de M. Ory, au titre de membre adjoint ; — par Kelsch d'un mémoire ayant pour titre *Note pour servir à l'histoire de la lymphadénie* ; — par Landouzy d'un rapport sur la candidature de M. Longuet au titre de membre adjoint.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Dans ses deux dernières séances cette société a discuté la question suivante : De l'isolement et des hôpitaux spéciaux de cholériques. La discussion s'est terminée par le vote de deux propositions ainsi conçues :

« La Société médicale des hôpitaux considère comme illusoire l'isolement pratiqué dans les bâtiments consacrés au traitement des maladies communes ; en conséquence, elle émet le vœu que, dans tous les hôpitaux où l'on ne pourra disposer de pavillons isolés, on installe des baraques ou des tentes exclusivement consacrées, les unes aux cas de choléra douteux, les autres aux cas de choléra confirmé ; elle émet en outre le vœu que le personnel hospitalier (sœurs et infirmiers) soit spécial pour les salles réservées aux cholériques. »

La Société vote ensuite à l'unanimité la seconde partie de l'ordre du jour présenté par M. Brouardel, et ainsi conçue :

« Dans le cas où l'épidémie prendrait une plus grande extension, la Société demande que des bâtiments spéciaux nouveaux (postes-casernes ou baraques) soient établis, en rapport avec les nécessités de chaque quartier. »

REVUE CHIRURGICALE

I. Un nouveau cas d'extirpation du rein suivi de guérison, par le Dr GILMORE (de l'Alabama).

II. De la lithotritie rénale, par le Dr J. F. MIQUEL (de Tours).

III. Traité de la galvanocautie thermique, par le Dr BOECKEL (de Strasbourg). Paris, J. B. Baillière.

IV. Traité des sections nerveuses par le Dr E. LETIEVANT, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu (de Lyon). Paris, J. B. Baillière.

I. Dans les numéros 1 et 2 du *Progrès médical*, nous avons publié quatre cas d'extirpation du rein, empruntés à la chirurgie allemande et américaine, et nous avons promis de tenir nos lecteurs au courant des faits nouveaux qui se produiraient sur cette intéressante question. Aujourd'hui, nous trouvons dans *The London medical Record*, (1er octobre 1873,) un nouveau cas assez singulier d'extirpation du rein, que nous nous empressons de publier.

Le Dr Gilmore rapporte un cas d'extirpation du rein couronné de succès, (in The Transactions of the medical Association of the state of Alabama.) En décembre 1871, une femme âgée de 33 ans vint réclamer ses soins. Après sa première couche, il y a quatre ans environ, une tumeur mal limitée était apparue à la partie inférieure de la région lombaire gauche. Cette tumeur était le siége d'une douleur continuelle, devenue très-forte surtout depuis 4 ou 5 mois...

Décidé à l'opération le Dr Gilmore la pratiqua de la façon suivante : Il fit une incision suivant le bord du muscle sacro-lombaire ; il tomba sur la tumeur contenue dans une sorte de sac herniaire formé par le muscle carré des lombes repoussé en dehors : elle reposait sur la face antérieure des apophyses transverses des deux premières vertèbres lombaires et son extrémité supérieure était comprimée par la face externe de la dernière côte. Le Dr Gilmore pensa que cette tumeur était un rein flottant, qui, au moment de la grossesse, avait été repoussé dans cette position par l'utérus gravide. Le rein comprimé constamment par le carré des lombes et le sacro lombaire, s'était atrophié, avait perdu tout aspect glandulaire, et présentait l'apparence d'une masse fibreuse ; des vaisseaux peu volumineux le nourrissaient. On les lia au moment de l'ablation.

La malade était une négresse chétive, enceinte de cinq mois, au moment de l'opération. Elle guérit cependant, sans avortement.

II. Nous avions dans la même revue du *Progrès Médical* signalé comme une des indications de l'extirpation du rein, la présence de calculs volumineux dans l'origine de l'urètère, dans les bassinets ou dans le rein lui-même. Dans ce cas on peut encore, si on n'ose affronter l'extirpation du rein, pratiquer la *lithotritie rénale*. Cette opération a déjà été tentée par un chirurgien de Tours, très-distingué, le Dr J. F. Miquel. On trouve le récit détaillé de l'opération dans un ouvrage où, au milieu de récits souvent trop personnels, on rencontre d'excellentes observations pratiques. (*Traité de chirurgie pratique* de J. F. Miquel de Tours ; E. Mazereau, Tours 1870.)

P...., âgé de 52 ans avait eu dans sa jeunesse des coliques très-violentes dans le flanc droit. Elles persistèrent pendant toute sa vie. Il n'y eût jamais rien dans son urine. Il y a dix ou douze ans, après de violentes coliques, il rendit un gravier gros comme un haricot... Depuis, ce malheureux souffrit de fréquentes attaques de très-violentes coliques néphrétiques. Bientôt son urine devint rare, trouble et purulente. Le ventre était un peu développé, sans être tendu ; le flanc droit plus plein, plus rémittent que du côté opposé ; matité s'étendant jusqu'à la sixième côte. Deux points surtout étaient douloureux à la pression, c'étaient la partie antérienre du flanc droit et la région du muscle carré des lombes. P. . avait, en outre, des vomissements assez fréquents, de la maigreur sans décoloration, il mangeait peu ; ses jambes n'étaient pas œdematiées, il n'avait pas de fièvre. M. Miquel diagnostiqua un calcul néphrétique.

Il se décida à aller le chercher par la région lombaire, à l'extraire ou à le broyer à l'aide du lithotriteur. Pour cela il fit une application du caustique de Vienne, juste en dehors de la masse commune sacro-lombaire ; il la fit longue de 6 centimètres. Après un certain nombre d'applications du caustique, une certaine quantité d'urine limpide s'écoula par la plaie et les douleurs cessèrent. Enfin quand il eût fait une ouverture large et en entonnoir, il parvint à toucher le calcul avec le doigt. Il agrandit alors peu à peu la plaie avec du caustique, introduisit le lithotriteur et broya le calcul enchatonné dans le rein... Mais après ce calcul, Miquel en rencontra d'autres... Enfin, il reconnut bientôt que le calice et les bassinets étaient occupés par un calcul branchu comme un corail, qu'il ne put extraire qu'avec peine et après l'avoir brisé à l'aide du lithotriteur. Il retira ainsi 170 grammes de calculs... Son malade allait à merveille, mais trois jours après il mourut d'une pleuro-pneumonie... A l'autopsie on ne trouva pas la moindre trace de péritonite. Le rein gauche était normal. Le droit avait presque un volume double de l'autre. On y trouva encore trois calculs enchatonnés dans son épaisseur. Le rein était creusé d'une cavité produite par le caustique, remplie d'une assez grande quantité de détritus, par laquelle il communiquait avec la plaie ; le reste de l'organe était à peu près sain.

Telle est l'observation de M. Miquel ; elle est intéressante parce qu'elle démontre qu'on peut, sans trop d'accidents, arriver sur le rein et lui faire subir certains traumatismes. Enfin, le rein, dans ce cas, avait été ouvert impunément pendant plus de six semaines, avait été contusionné, avait subi des manœuvres de tous genres, tant pour le broyement que pour l'extraction des calculs, et jamais son malade n'avait eu ni péritonite, ni fièvre, ni accident grave d'aucune sorte.

Dans les antécédents, des attaques de colique néphrétique des fragments de calculs, des graviers rendus dans l'urine, et plus tard, une violente colique néphrétique, la suppression brusque de l'urine, une douleur vive, persistante, dans le flanc droit et la région lombaire correspondante, une plus grande matité de la région du rein, matité qui peut devenir considérable lorsqu'elle n'est pas due seulement à l'hypertrophie inflammatoire de l'organe, mais encore à la rétention de l'urine sécrétée, à l'hydronéphrose, l'empâtement de la région correspondante, mettront le chirurgien sur la voie du diagnostic d'un calcul rénal. La violence des douleurs du malade, l'absence de sécrétion urinaire, la présence de la fièvre, l'imminence de l'intoxication urémique engageront le chirurgien à opérer : car, il sait que c'est la seule chance de salut qui reste à son malade, il est autorisé à cette hardiesse par des faits récents, peu nombreux encore, mais suffisants pour faire luire l'espérance. Décidé à agir, quelle opération devra-t-il choisir : la lithotritie rénale ou l'extirpation du rein? Nous pensons que le plus souvent il devra rejeter la lithotritie rénale. En effet, l'opération, même avec le caustique, n'est pas exempte de danger : l'escharre au moment où elle se détache peut amener une hémorrhagie redoutable; il est presque impossible de déterminer des adhérences entre le rein et la paroi lombaire; la couche cellulo-adipeuse qui enveloppe le rein s'y oppose; il peut survenir une infiltration de l'urine sécrétée par le rein dans cette couche celluleuse. Sera-t-il toujours possible de modérer l'action du caustique de telle sorte qu'elle n'atteigne pas le péritoine; et, si on réussit, qu'on ait à faire à un calcul déjà loin dans l'uretère, ou à un calcul branchu comme celui de Miquel, ou enfin à des calculs enchatonnés dans la substance du rein, sera-t-il toujours possible d'éviter une néphrite violente? L'élimination se fera-t-elle toujours pacifiquement? Et, si vous laissez une portion quelconque du rein, votre malade restera avec une suppuration prolongée et une fistule intarissable. Puisque les faits et les expériences du Dr Simon (d'Heidelberg) ont démontré qu'il ne résulte aucun accident urémique de l'extirpation du rein et que souvent au moment de l'opération le rein n'est plus qu'un organe devenu inutile et souvent dangereux en raison de l'altération dont il est le siége, pourquoi ne pas tenter cette opération lorsqu'il ne reste plus que cette chance de guérison? Enfin, le pédicule rénal peut être sectionné sans crainte d'hémorrhagie à l'aide de l'écraseur ou mieux avec le cautère galvanique. Le Dr Bœckel (de Strasbourg), dont nous allons analyser l'ouvrage, a pu pratiquer ainsi, chez un chien, l'extirpation du rein sans hémorrhagie et sans accident consécutif : l'animal a survécu.

III. La *galvano-caustie thermique* consiste dans la cautérisation au moyen de la chaleur développée par un courant galvanique.

« La galvano-caustie, dit E. Bœckel, est loin d'avoir acquis dans la pratique chirurgicale le rang et l'importance qu'elle mérite. L'une des causes en est la cherté et la complication des appareils, l'autre, le peu de sûreté de leur application. Je crois être arrivé à diminuer quelques-uns de ces inconvénients et à fixer les principes par lesquels on évite sûrement l'hémorrhagie, but essentiel de cette méthode. »

Le traité de galvano-caustie de M. Bœckel est le premier ouvrage consacré en France à cette étude spéciale. Depuis Middeldorpf, qui, en 1854, fonda la méthode dans son traité (*die Galvano-caustick.* — *Breslau*, 1854) on n'avait en France que le récit de quelques opérations de Nelaton, Alph. Amussat et Verneuil, trois ou quatre thèses à la Faculté de Paris, en particulier, de Benj. Anger, un article de Broca dans son Traité des tumeurs, et enfin un résumé très-remarquable de M. de Saint-Germain dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. Bœckel n'a pas seulement exposé la question et apporté quelques faits cliniques nouveaux; à l'exemple de Middeldorpf il a voulu créer une méthode et en préciser les indications.

Dans son ouvrage, il décrit d'abord l'arsenal galvano caustique. Il a même construit avec l'aide de M. Redslob, physicien distingué de Strasbourg, une pile nouvelle et des appareils. Sa pile est un progrès sur celle de Genet; il n'est plus nécessaire de souffler pour activer le courant; elle est à un seul liquide : on peut augmenter ou diminuer l'intensité du courant à l'aide d'un modérateur spécial. Ce modérateur consiste en un fil d'argentan, fil très-mauvais conducteur, qui décrit un grand nombre de méandres, dont on peut faire traverser un plus ou moins grand nombre par le courant.

Cette méthode de modérer le courant doit exiger une grande quantité d'électricité et, par conséquent, un grand nombre de couples et beaucoup de liquide et en résumé, des appareils volumineux et qui s'usent vite. Il y a donc encore un progrès à faire sous ce rapport. Ne pourrait-on pas aussi trouver un appareil qui indique la rapidité de section; car le chirurgien est obligé de s'en rapporter à la fumée qui se dégage et à la résistance qu'il éprouve à serrer la vis du serre-nœud?

M. Bœckel a recherché par l'expérimentation l'effet de l'anse galvano-caustique sur les tissus vivants. Il a pu chez les animaux sectionner des artères du volume de la crurale et de la carotide sans hémorrhagie, extiper la rate, le grand épliploon, l'utérus et le rein sans accidents sérieux : toujours les animaux ont survécu.

Chez l'homme, dans un cas d'épiplocète, il reséqua l'épiploon à l'aide du galvano-cautère, le reste de l'épiploon rentra dans l'abdomen; il n'en résulta ni inflammation, ni suppuration : l'escharre et l'induration intra-péritonéales disparurent en un mois. L'auteur n'a pas été moins heureux dans le cas de sections sous-cutanées, il a pu couper le cordon testiculaire dans l'anneau inguinal sans inconvénient.

M. Bœckel divise en six catégories les opérations qui réclament l'emploi de la galvano-canstie : 1° les opérations sur le tissu érectile normal ou pathologique; 2° les opérations sur des organes vasculaires situés profondément où l'hémostasie par les procédés ordinaires serait difficile; 3° l'ablation des tumeurs superficielles et volumineuses et pédiculées; 4° les opérations sur les sujets cachetiques; 5° l'ablation des tumeurs insérées dans des cavités closes; 6° la cautérisation des trajets fistuleux.

M. Bœckel a osé sectionner à l'aide de son procédé, le pédicule dans une opération de kyste ovarique; et, M. Sédillot a pratiqué trois amputations de jambes avec le fil galvano-caustique.

L'auteur termine son traité par un exposé de 32 opérations les plus diverses faites par lui-même selon ses procédés.

Comme on le voit, la *galvano-caustie* devient une méthode opératoire qui rivalisera avec l'écrasement linéaire, et la section à l'aide des caustiques ou du serre-nœud. (*A suivre*).

H. Duret.

BIBLIOGRAPHIE

Pathogénie de l'infiltration d'urine, par le docteur Muron, interne des hôpitaux de Paris. — Brochure in-8° de 72 pages. Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

Ce mémoire substantiel comprend cinq chapitres dont nous donnerons rapidement un aperçu général.

1° *Quelles sont les conditions physiques de la pénétration de l'urine au sein des tissus*? Pour que l'urine s'épanche au dehors de ses voies naturelles, il faut assurément un obstacle, et cet obstacle se rencontre dans deux circonstances à la suite d'un traumatisme portant sur l'urèthre, ou à la suite d'un rétrécissement. Le premier de ces mécanismes est très-simple à comprendre: une porte est ouverte, et par cette porte s'échappe l'urine en quantité d'autant plus considérable que la voie est plus large, que les obstacles à l'émission urinaire se trouvent eux-mêmes plus difficiles. Pour ce qui est du rétrécissement un autre élément intervient c'est la rupture de la muqueuse urèthrale par l'urine elle-même poussée avec force.

A ce propos, M. Muron démontre que des altérations granuleuses ont lieu dans toute l'étendue de la muqueuse uréthrale, que ces altérations se poursuivent et arrivent à la vessie, y déterminent une hypertrophie plus ou moins grande, double fait qui explique comment l'urine peut se frayer un

passage *dans un point qui est toujours le plus faible de la muqueuse uréthrale, et qui peut se trouver fort éloigné de l'obstacle.*

2° *Comment se comporte l'urine d'après ses qualités ?* Ce chapitre est un des plus intéressants du travail de M. Muron; de 14 expérimentations pratiquées sur des lapins, l'auteur tire les conclusions suivantes : *L'urine physiologique, acide chez l'homme, alcaline chez le lapin, est loin d'être innocente. Elle peut être innocente, si elle est transparente, limpide, faiblement acide, et ne renferme qu'une très-faible quantité de sels. Elle est nuisible au contraire et toujours nuisible, quand elle se trouve riche en sels. Dans ce dernier cas, elle détermine la suppuration; pouvant aller jusqu'à la gangrène. — L'urine alcaline par décomposition est très-dangereuse, amenant par elle-même la suppuration et la gangrène.*

3° *Quelles sont les modifications apportées pas la quantité d'urine et sa force d'expulsion?* En général, la quantité du liquide infiltré est subordonnée à sa force de propulsion. La vessie plus ou moins hypertrophiée expulse avec une force proportionnelle le liquide contenu dans sa cavité.

4° *Comment agit l'organisme?* C'est encore là une question bien importante à étudier dans les cas d'infiltration d'urine, car l'état de l'organisme est une des grandes causes qui déterminent des résultats si divers, qui impriment à chaque cas un caractère particulier. Qui ne sait en effet qu'il existe une grande différence entre les affect ions de l'enfance, de l'âge adulte, de la vieillesse? Qui ne sait la tendance à la suppuration, à la persistance des fistules qu'offrent les individus cachectiques ? Ici donc, l'organisme joue un grand rôle et dans l'infiltration d'urine, la cachexie est une circonstance très-aggravante. Elle est d'autant plus aggravante que l'urine des cachectiques a une tendance à la décomposition, à passer à l'état alcalin. Or l'urine alcaline est très-dangereuse, parce qu'elle amène par elle-même la gangrène et la suppuration.

5° Les *indications thérapeutiques* constituent le dernier chapitre du travail de M. Muron : Voici les conseils donnés par l'auteur :

Dans *les contusions de l'urèthre*, il faut essayer de passer une sonde et la laisser, si possible, à demeure; si l'on ne peut pratiquer le cathétérisme, il faut faire le débridement de la tumeur sanguine logée dans les parois uréthrales.

La *maladie une fois confirmée* il faut donner issue à la suppuration, et rétablir le cours normal de l'urine en laissant une sonde à demeure pour empêcher l'urine de s'infiltrer dans les tissus. — C'est dans ce cas qu'on sera souvent forcé de recourir à l'uréthrotomie interne ou externe. Ce travail est instructif à ce point de vue surtout qu'il a pour but d'introduire largement dans la chirurgie les données de la physiologie pathologique. Nous ne pouvons qu'encourager dans cette voie l'auteur qui n'a fait d'ailleurs que suivre les traces de son maître, le professeur Verneuil, dont les travaux ont déjà jeté un si grand jour sur l'évolution pathologique des maladies. G. Peltier.

De quelques faits nouveaux ou peu connus relatifs aux variations de la température animale, par A. J. Chaudol. Thèse pour le doctorat ; Paris, 1873.

Il résulte des expériences rappelées dans le cours de ce travail : 1° Que le sulfate de soude élève la température animale ; — 2° Que le sulfate de magnésie abaisse au contraire cette même température;

3° Que ces résultats opposés dépendent du métal contenu dans chacun de ces sels. En effet, les sels de magnésium ralentissent le pouls, tandis que ceux de sodium appartenant à un genre inactif ne modifient guère la circulation ;

4° Que le phosphate de soude abaisse la température animale. Ce résultat nous explique les effets tempérants de l'acide phosphorique qui se transforme indubitablement en phosphate de soude dans le sang après son absorbtion par le tube digestif;

5° Que la triméthylamine, prise à la dose de 50 centigrammes, n'a pas agi d'une manière manifeste dans l'expérience que j'ai faite sur moi-même ;

Enfin, les recherches nouvelles faites récemment par divers expérimentateurs établissent (1) : 6° Que la température s'élève après l'opération de la thoracentèse, ce qui tient au retour du poumon comprimé à son fonctionnement normal ;

7° Que, sous l'influence de la menstruation, la température diminue d'une manière notable, contrairement à l'opinion de Wunderlich. L'urée diminue en même temps et la circulation se ralentit.

Enseignement médical libre.

Anatomie. M. le Dr. Laskowski a commencé son cours d'anatomie descriptive et des régions le lundi 20 octobre à midi et demi (amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique) et le continue tous les jours à la même heure. Ce cours, qui comprendra toute l'anatomie descriptive et des principales régions sera terminé, à la fin de mars. Toutes les démonstrations seront faites sur des pièces fraîches ou conservées et les élèves seront exercées dans les dissections sous la direction du professeur, tous les jours jusqu'à quatre heures (Pavillon VII). — On s'inscrit tous les jours de 4 à 5 heures ; 78 rue des Saint-Pères.

Maladies des voies urinaires. M. le docteur Mallez commencera des conférences de thérapeutique sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 20 octobre, à midi et demi, à sa clinique, rue Christine n° 1. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

Mortalité a paris. — Du 11 au 17 octobre, 734 décès. — Rougeole, 8; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 34 ; — érysipèle, 2 ; bronchite aiguë, 26 ; — pneumonie, 31 ; — dyssentérie, 3 ; diarrhée cholériforme des enfants, 14 ; — choléra, 55 ; — angine couenneuse, 6 ; croup, 15 ; — affections puerpérales, 3.

Londres. — Du 5 au 11 octobre, 1,247 décès. Rougeole, 48 ; — scarlatine, 22 ; — fièvre typhoïde, 39 ; — érysipèle, 0 ; — bronchite, 135 ; — pneumonie, 71 ; — dysentérie, 2 ; — diarrhées 43 ; — choléra nostras, 2 ; — diphthérie, 7 ; — croup, 9 ; — coqueluche, 29.

Choléra. — *Autriche.* Vienne, 16 octobre 1873. Nous avions signalé dans notre dernier rapport une légère augmentation dans le nombre des cas nouveaux de choléra ; cette augmentation a continué la semaine dernière sans être cependant de nature à motiver de nouvelles inquiétudes.

Pendant la semaine dernière (du 8 au 15 octobre), le nombre des cas nouveaux a été de 10, 6, 7, 14, 13, 7 et 15, total 72. Le nombre des décès par choléra pendant la même période a été de 6, 5, 6, 10, 9, 4, 7, total 47. Le plus grand nombre des cas nouveaux appartiennent au septième arrondissement. Plusieurs décès ont eu lieu à la Maternité où on avait transporté des infirmières de l'hospice des Enfants trouvés, atteintes du choléra. Dans les faubourgs et en province il ne s'est produit que des cas isolés, excepté à Voslau où on a signalé, du 3 au 7 octobre, 27 cas de choléra dont 14 décès.

Parmi les autres maladies régnantes on a signalé à Vienne une augmentation récente des cas de variole, et de scarlatine dans quelques districts de la basse Autriche.

Le mouvement des malades dans les hôpitaux civils de Vienne, du 9 au 15 se répartit comme suit :

En traitement au 9 octobre	2.809	Sorties 624.
Entrées du 9 au 15 octobre	708	Décès 88.
		Restent en traitement le 15 : 2.805 malades.
Total.	3.517	

La proportion des décès est donc de 72,35 0/0 des sorties (*Wiener mediz. Wochensch*

Prusse. — *La Gazette de l'Allemagne du Nord* dit que jusqu'ici 996 personnes ont été atteintes du choléra à Berlin ; sur ce nombre 669 sont mortes.

France. — *Le Hâvre* (86,825 hab.). Du 10 au 17, 64 décès. Diarrhée cholériforme des enfants, 10 ; — choléra, 7 ; — cholérine, 2. « Dès que l'épidémie s'est déclarée, dit le journal *Le Hâvre*, la municipalité du Hâvre s'est empressée, sans alarmer personne, d'organiser un service médical, dont la direction a été confiée à M. le docteur Perrichot. Tous les médecins du Hâvre ont été, d'ailleurs, appelés à donner leurs avis et leurs concours pour combattre le fléau. Il est résulté de cette action d'ensemble un véritable isolement des foyers épidémiques. On ne saurait donner à cette occasion trop d'éloges au corps médical tout entier, qui a manœuvré avec une remarquable précision pour soustraire à la fois notre population à tout danger et à toute alarme.

« Aussitôt qu'un cas de choléra était signalé dans les familles indigentes, car c'est là que le fléau acquiert son intensité la plus menaçante, le commissaire de police devait être et était averti, et le docteur Perrichot se rendait dans la maison contaminée, que l'on faisait évacuer sans retard et purifier. Les malades étaient transportés à l'hospice, et quant aux autres habitants, on les envoyait à la maison municipale de la rue de L'Ilet, où étaient préparés des lits en quantité suffisante. Matin et soir des tournées étaient faites par le commissaire central M. Delaborde et par M. Perrichot, dans les logements insalubres que l'on faisait évacuer.

(1) Voyez : Bourneville. — *Revue photogr. des hôpitaux*, 1872, p. 112 et *Mouv. méd.*, 1872, p. 179 et 1873, p. 20.

« L'effet de ces mesures énergiques était immédiat. On cite une famille où quatre personnes venaient de périr et les trois autres étaient atteintes du choléra. Aussitôt la maison évacuée et purifiée le fléau fut maîtrisé, et les trois malades guérirent. Sans de telles précautions, combien de malheureux, voués à la contagion, auraient succombé, et qui sait jusqu'à quel point se serait développé le mal ? »

PARIS. *Hôpital de la Charité.* — Un cas de choléra s'est développé le 21 octobre, chez une malade phthisique, déjà à l'hôpital depuis longtemps.

Hôpital Lariboisière. Du 8 au 21 octobre 9 cas nouveaux dont un cas intérieur, décès 5 ;

Hôtel-Dieu. — Hommes. En traitement au 16 octobre, 4 ; cas nouveaux 12 dont 1 intérieur : total 16. Guéri 1 ; morts 7, en traitement au 23 octobre 8. — Femmes. Entrées 5 ; mortes 2 ; guéries 2 ; en traitement 3.

Hôpital Saint-Louis. — Le malade dont nous avons parlé dans notre dernier bulletin, est mort le 10 octobre. Depuis lors, il est entré trois femmes atteintes du choléra ; l'une, le 11 octobre, l'autre, le 21 ; la 3e, le 22 ; chez toutes les trois le choléra aurait été précédé de diarrhée.

Hôpital Saint-Antoine. — Hommes. Du 16 au 23, 4 cas ; 1 décès.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. le docteur A. MALHERBE, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé par concours, chef des travaux anatomiques à la dite école.

ERRATUM. — N° 19, page 223, 2e colonne, ligne 31 : lisez « elle est insuffisante » au lieu de « elle est suffisante. »

CONCOURS. — Le jury du concours des prix de l'internat a décidé qu'il donnerait les points du mémoire avant de procéder aux épreuves orales. C'est là une mesure excellente. Toutefois, il eût peut-être été préférable de donner les points de mémoire avant la lecture de la composition écrite.

Externat. — Voici les questions données dans les trois dernières séances : Omoplate ; — Articulation du coude ; — Artère fémorale.

EXPOSITION UNIVERSELLE ET INTERNATIONALE de tout ce qui se rapporte à l'ENFANT depuis sa naissance jusqu'à son adolescence. Cette exposition doit s'ouvrir le dimanche 16 novembre au Palais de l'Industrie. Les exposants doivent se faire inscrire dans le plus bref délai, *au Palais de l'Industrie*, porte n° 7.

MORTALITÉ DES ENFANTS. — Dans une récente communication faite au conseil général de Seine-et-Oise, M. le préfet de Versailles a déclaré que dans ce département la mortalité était de 60 et 70 pour 100.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort à Paris, de sir John MARGARET, chirurgien anglais, qui laisse plusieurs ouvrages estimés. — M. le docteur MATHIEU, auteur d'un *Traité sur les maladies des femmes*, vient de mourir à Paris.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE. — *Tribunal de police correctionnelle de Marseille.* — Un pharmacien de Marseille a été condamné à 100 francs d'amende et à 200 francs de dommages intérêts envers une cliente, pour avoir délivré une potion contenant une dose d'arséniate de soude supérieure à celle prescrite par le médecin. Ce médicament était employé à la dose de 10 centigrammes dissous dans 200 grammes d'eau. La malade avait éprouvé tous les symptômes d'un empoisonnement. L'élève en pharmacie qui avait préparé cette potion a été acquitté. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

JURISPRUDENCE. — Le tribunal civil de Lyon vient de rendre un jugement qui intéresse toutes les sociétés de secours mutuels.

Il a décidé, dans son audience du 30 juillet, qu'une société de secours mutuels avait le droit d'expulser un sociétaire qui fait un usage abusif des remèdes alloués gratuitement aux sociétaires malades ; qu'en effet, un membre qui se fait délivrer, à l'aide de manœuvres contraires au règlement, des médicaments excédant ses besoins personnels, manque à ses engagements d'associé et porte atteinte aux droits de la Société.

RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Le président de la République française, sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1848, vu la délibération du 13 août 1878, par laquelle le conseil municipal de Grenoble a voté les fonds nécessaires pour l'institution d'une nouvelle chaire à l'Ecole de médecine de cette ville ;

Décrète :

Article premier. — L'enseignement à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble est réorganisé ainsi qu'il suit : 1° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; — 2° anatomie ; — 3° clinique externe ; 4° clinique interne ; — 5° thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée) ; — 6° pathologie externe ; — 7° pathologie interne ; — 8° pharmacie et matière médicale ; — 9° physiologie ; — 10° chimie et toxicologie (chaire nouvelle).

Article 2. — Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

VACANCES MÉDICALES. — On désire acquérir une clientèle médicale aux environs de Paris ou de Marseille, dans un rayon peu éloigné de ces villes, S'adresser au bureau de la *Gazette des hôpitaux.*

NOUVEAU JOURNAL. — M. le Dr BROCHARD, lauréat de l'Institut, inspecteur des crèches et des bureaux de nourrices de Lyon, auteur de *l'allaitement maternel* et *de la mortalité des nourrissons en France*, vient de créer un journal mensuel ayant pour titre : *Journal de la jeune mère.* Nous souhaitons, avec plaisir, la bienvenue à cette publication véritablement utile.

INSTRUCTION ÉLÉMENTAIRE EN ÉCOSSE. — Le rapport annuel du *Registrar general* en Ecosse, qui vient de paraître, donne quelques informations intéressantes sur l'état de l'instruction élémentaire dans la population pendant l'année 1869, autant du moins qu'on peut l'induire de l'état des signatures dans les actes de mariage. Il résulte des régistres que 22,144 hommes se sont mariés dans l'année, sur lesquels 19,911, soit 89,92 p. 100 ont signé leurs noms ; 2,233 soit 10,08 p. 100, ne sachant écrire, ont apposé leur marque. Sur les 22,144 femmes mariées, 17,723 soit 80,04 p. 100 ont signé leurs noms, et 4,421 soit 19,96 p. 100, ne sachant écrire, ont fait une marque. (*Pall-mall Budget* et *France médicale*).

REVUE NATIONALE ET ÉTRANGÈRE *des lettres, des sciences et des arts.* — Sommaire du dernier numéro. — Revue des lettres. — Théâtres : Thérèse Raquin, la Marquise, L'été de la Saint-Martin, F.-C. Ribérac. — Littérature : Coupables et victimes, Jésus et Magdeleine, Philarète Chasles. Eug. d'Auriac. — Histoire : Les préjugés historiques, l'Antéchrist, l'armée de Bretagne, les Ladjars. Ed. de Luze. — Philologie et Archéologie : La grammaire des langues romanes, fouilles de la montagne Ste-Geneviève. Jœl. — Revue des arts. — Peinture et sculpture : Les Prix de Rome. Gavarni. F. Bourgeat. — Musique : Le vieux et le nouveau répertoire, le Prophète, Grandmougin. — Revue des sciences : Les alliages d'or, le choléra, le protoxyde d'azote. Beauvisage. — Agriculture : Le phylloxera, bibliographie agricole. V. Emion. — Industrie : La dynamite, les verts-lumière, les nouveaux rails. Eug. Régamène. — Nouvelle. — Les mésaventures d'un moine. Edouard Roland. — Variétés : Il faut un art nouveau, H. Aubertin. — Abonnement. Par an : — Paris, 6 fr. — Département 7 fr. Bureaux : 5, Place de la Bourse, Paris. Rédacteur en chef-Gérant : Edouard de Luze.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.



Ces préparations, les plus rationnelles et les plus efficaces, puisqu'il est maintenant prouvé que le fer, pour être assimilé, doit être transformé en protochlorure dans l'estomac, ne produisent pas de constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Vente en Gros chez **CLIN** et **Cie**, 14, rue Racine (Paris) **Détail dans toutes les pharmacies.**

Enfants Arriérés ou Idiots

Maison spéciale d'Education et de Traitement, fondée en 1847. Rue Benserade, 7, à Gentilly (Seine).

THERMO-GYMNASE
49, Chaussée-d'Antin.
DIRECTEUR, ED. SOLEIROL
Gymnastique méthodique. Hydrothérapie à l'eau de source. (9 degrés).

AVIS A MM. LES ÉTUDIANTS

Une remise importante est toujours continuée à la Pharmacie PENNÈS et PELISSE, rue des Écoles, 49, Paris. *(Prière de montrer sa carte pour éviter les questions.)*

VICHY

PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Sources. Elles sont d'un goût [illegible] certain, contre les aigreurs et les digestions difficiles.
Boîtes de [illegible], 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau [illegible] fr. [illegible]

Tous les Produits de la Compagnie sont revêtus du
CONTRÔLE DE L'ETAT

A Paris, 22, *Boulevard Montmartre*, — 28, *rue des Francs-Bourgeois*, et 187, *rue St-Honoré*, où se trouvent à prix réduits toutes les Eaux minérales naturelles sans exception



Tonique, Stimulant, Stomachique et Nutritif

Ce vin, d'un goût agréable, convient aux enfants débiles, aux jeunes filles, chlorotiques et aux vieillards. Il est employé avec succès dans l'atonie des voies digestives, les digestions pénibles et incomplètes, les maux d'estomac, gastrites, gastralgies, etc.

Dépôt : 21, Faubourg Montmartre, Paris

MÊME PHARMACIE

HUILE DE FOIE DE MORUE CHEVRIER

Aromatisée au goudron et écorce d'orange amères.

AVIS

Les ANNONCES POUR LES DÉPARTEMENTS DU MIDI *sont reçues au* **Comptoir général d'Annonces**, *rue CENTRALE, 32, à LYON.*

MÉDICATION PROPYLAMIQUE



100 dragées, 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Une Dragée MEYNET remplace 2 cuill. à bouche d'huile. Paris, Ph., 41, r. d'Amsterdam, et princ. pharm.

CRÈME DE BISMUTH
Du docteur QUESNEVILLE.

Sa grande pureté et son *état moléculaire* particulier expliquent son succès. Cette crême agit dix fois plus vite contre la diarrhée, le choléra des enfants, la dyspepsie, etc., etc., que la poudre de Bismuth des pharmacies.— Prix du flacon : 9 fr. ; du 1/2 flacon : 5 fr.— *N'avoir confiance* qu'au produit du docteur Quesneville, son inventeur, et exiger son cachet et son étiquette. — A Pairs, 12, rue de Buci.

VINAIGRE DE SANTÉ
Du docteur QUESNEVILLE.

Ce vinaigre, phéniqué et aromatique, hygiénique par excellence, et d'un parfum trèst agréable, enlève les rougeurs et les boutons, e sert pour la toilette. C'est le préservatif le plus sûr contre la contagion, et il doit être employé en temps d'épidémies. Prix du flacon : 2 fr. 50 c.; du 1/2 flacon, 1 fr. 40 c.— Chez l'auteur, 12, rue de Buci, Paris.

VIN BIPHOSPHATÉ CALCAIRE PEPSINÉ

DU DOCTEUR DANNAY

Au nombre des maladies qui semblent être le triste privilège de l'habitant des grandes villes, celles qui sont accompagnées et aggravées par la dépression du système nerveux central ont acquis, de nos jours, un haut degré de fréquence, surtout parmi les personnes appartenant au monde des affaires. Appelé tous les jours à constater la progression croissante de ces graves affections, dans les grands centres de population, nous nous sommes demandé si la thérapeutique avait dit son dernier mot à leur égard, et s'il n'était pas possible de résoudre le problème, demeuré jusqu'à ce jour insoluble, de leur guérison radicale. Nous n'avons pas la prétention d'être arrivé du premier coup à ce but si désirable, mais, dès aujourd'hui, l'expérience nous permet d'affirmer que nous avons trouvé le moyen de prévenir l'aggravation des accidents existants, et, dans presque tous les cas, de réparer les désordres organiques ou fonctionnels, même lorsque les moyens ordinaires, mis en usage pour les combattre, ont complétemen. échoué.

La préparation que nous présentons aujourd'hui à l'expérimentation des médecins et des malades, possède une double propriété : d'une part, elle fournit à la circulation les éléments nécessaires à la reconstitution des systèmes osseux et cartilagineux dans les maladies qui produisent une diminution dans la vitalité de ces tissus, ou qui se [illegible]s par un amoindrissement de cette vitalité. D'autre part, par son action stimulante sur le système nerveux général (*cérébro-spinal et [illegible]-sympathique*), le Vin Biphosphaté-Pepsiné active la circulation, relève les forces, et, par suite, ramène l'accomplissement de fonctions [illegible] paraissaient à jamais éteintes.

Il est donc utile, non-seulement contre le **Rachitisme**, la **Scrofule**, l'**Anémie**, maladies caractérisées par l'altération ou par la diminution de l'un ou de plusieurs des éléments constituant les divers tissus de l'économie, et dans lesquelles il agit comme reconstituant général et comme agent de modification spécial; mais encore dans toutes les maladies qui sont le résultat d'un amoindrissement de l'influx nerveux : dans l'**Incontinence**, les **Pertes seminales**, l'**Impuissance** autre que celle qui dépend des progrès de l'âge, et qui n'est que le résultat, soit des excès inséparables de la vie des grandes villes, soit des maladies déprimantes de l'économie en général.

Le Vin Biphosphaté est encore très-efficace pour combattre les **Névroses** multiples de l'estomac dont, dans tous les cas, il relève puissamment les fonctions par la **Pepsine** qui entre dans sa composition. Son utilité contre la **Phthisie pulmonaire**, et toutes les **Affections tuberculeuses** en général, est aujourd'hui hors de doute, et nous ne pouvons mieux appuyer cette affirmation qu'en citant le passage suivant, extrait du journal le *Progrès Médical*, n° du 12 Juillet 1873, compte-rendu des rapports à l'Académie : « Dans la PHTHISIE, LES SELS PHOSPHATÉS sont le SEUL » MÉDICAMENT qui puisse favoriser sérieusement la transformation crétacée des tubercules, et, par suite, amener la guérison. »

Cet aperçu incomplet suffira, nous l'espérons, pour faire comprendre le mérite de ce nouvel agent, et les avantages précieux qu'un praticien prudent peut retirer de son administration dans les cas où les moyens ordinaires ont échoué. Nous sommes convaincu que l'expérience de nos confrères viendra confirmer les résultats heureux que la nôtre nous a déjà donnés, et que les malades nous sauront gré d'avoir eu la main assez heureuse pour mettre à leur disposition un remède agréable au goût, d'une complète innocuité, et d'une efficacité que l'expérience, nous en sommes certain, viendra confirmer tous les jours.

Mode d'emploi. — On prescrira, pour les adultes, une cuillerée à bouche deux fois par jour, le matin en se levant, et le soir en se couchant; pour les adolescents, une cuillerée à café seulement; pour les enfants du deuxième âge, une ou deux cuillerées à café. Quand on s'apercevra d'un retour de force ou de vitalité, on pourra suspendre l'usage du Vin pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite, en diminuant graduellement les doses, jusqu'à ce qu'il ne soit plus nécessaire.

Détail : Pharmacie H. BEZIER, 14, rue de Lancry. — Vente en gros et expéditions : 4, boulevard St-Martin, PARIS.

1re ANNÉE — N° 21 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 1er NOVEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 2 fr. 25 en timbres-postes :* 1° **Les leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice;** — 2° **Les leçons sur la compression lente de la moelle épinière** *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

Des déformations produites par le rhumatisme articulaire chronique; — applications cliniques.

Dans son cours de l'été dernier à la Faculté de médecine, M. Charcot a consacré une série de leçons à l'anatomie pathologique des inflammations articulaires. Dans la dernière de ces leçons, mettant à profit les notions qu'il avait précédemment exposées, M. Charcot s'est attaché à faire ressortir les principales applications cliniques qui en découlent. Nous publions un extrait de cette leçon relatif aux *déformations* qui se produisent en conséquence du rhumatisme articulaire chronique.

I. On peut dire, Messieurs, d'une manière générale que les déformations articulaires dans les différentes formes de l'arthro-rhumatisme chronique relèvent immédiatement, en grande partie, des lésions anatomiques que nous venons de passer en revue. Les ecchondroses qui, à un moment donné, font place aux bourrelets osseux de formation nouvelle, se développant autour des surfaces diarthrodiales dénudées de leur cartilage d'encroûtement, jouent ici, sans conteste, un rôle important. Or, comme je l'ai déjà fait ressortir, la formation de ces ecchondroses, qui imposent aux têtes osseuses une configuration en apparence si bizarre, est soumise cependant à certaines lois à certaines règles.

Ainsi, en raison des conditions anatomiques que je vous ai exposées en premier lieu, la forme des ecchondroses se montre toujours à peu près la même pour chaque jointure affectée, ou tout au moins la déformation qui en résulte se rapporte à un type propre à chaque articulation. Le degré de l'altération diffère seul suivant les cas. Par exemple, toutes déformations de la tête fémorale, dans le *morbus coxæ senilis*, à part le degré, se ressemblent bien et on peut en dire autant pour ce qui concerne l'arthrite sèche du genou.

Un autre caractère de ces déformations c'est qu'elles reproduisent jusqu'à un certain point et d'une façon souvent très-remarquable, mais en l'exagérant toutefois, la forme naturelle des parties. Je vous ferai remarquer que les nodosités du rhumatisme d'Heberden, entre autres, existent en germe, si l'on peut ainsi dire, dans l'état normal.

Enfin, il résulte du mode de formation des ecchondroses. tel que je vous l'ai exposé d'après les recherches de M. Ranvier, que les tumeurs qui en sont la conséquence, ne sauraient être des tumeurs séparées et qu'elles occupent une place, toujours la même, sur l'extrémité osseuse autour de laquelle elles ont pris naissance. Ce sont des tumeurs osseuses, faisant corps avec l'os, de véritables apophyses pathologiques.

Ces caractères vous permettent presque constamment, Messieurs, de distinguer les déformations articulaires rhumatismales des déformations goutteuses ordinaires. Et c'est là une première *application* qui mérite de vous être indiquée.

Dans la goutte, ainsi que je vous l'ai montré dans une des dernières séances, les déformations articulaires — quand elles existent — sont dues dans les cas vulgaires, car il y a le chapitre des exceptions, à la présence des *tophus*. Or les tophus ne sont autre chose, à leur origine, que des tumeurs molles et fluctuantes dont la ponction peut faire sortir un liquide plâtreux dans lequel le microscope fait reconnaître l'existence de cristaux d'urate de soude; d'autre part, lorsque le liquide s'est condensé, la consistance du dépôt ne va jamais jusqu'à simuler celle de l'os.

J'ajouterai que dans un grand nombre de cas. l'infiltration uratique ne tarde pas à gagner les parties les plus superficielles, le derme lui-même. Les tumeurs tophacées, paraissent alors recouvertes de plaques d'un blanc crayeux, qui apparaissent à travers les téguments amincis.

Enfin les tumeurs tophacées ne font pas corps avec l'os; elles sont le plus souvent. du moins à l'origine, mobiles latéralement, quelquefois même elles sont nettement pédiculées; en outre, bien que le plus communément elles se forment au voisinage immédiat des jointures, il arrive aussi assez souvent qu'elles s'en éloignent et qu'elles occupent le corps même du membre, en un point plus ou moins distant de la jointure.

II. Mais les déformations des têtes osseuses par développement d'ecchondroses ne sont pas, Messieurs, la seule cause des difformités qui s'observent dans le rhumatisme articulaire chronique. Cette cause est exclusive, ou à peu près, dans l'arthrite sèche (*rhumatisme articulaire partiel*) et dans les *nodosités d'Heberden*. Je laisse de côté, cela va de soi, ce qui a rapport à la tuméfaction des parties molles et à la distension de la synoviale par l'exsudat. Cette cause déjà n'est pas la principale dans un certain nombre de cas de rhumatismes articulaires progressifs. En effet, dans les cas très-nombreux auxquels je fais allusion, en plus des déformations des têtes osseuses, il y a lieu d'invoquer un autre élément, à savoir la *rétraction spasmodique*, en quelque sorte convulsive des muscles, laquelle intervient en produisant ce qu'on appelle les *déviations permanentes*.

C'est à ces déviations occasionnées, selon moi, par la rétraction spasmodique des muscles, qu'il faut attribuer surtout ces difformités bizarres, surprenantes, qui distinguent diverses formes de rhumatismes noueux et qui méritent surtout d'être étudiées aux membres supérieurs. C'est ici le lieu de faire remarquer que, au point de vue de la production des *difformités par déviation*, il convient d'établir deux catégories dans le rhumatisme articulaire progressif.

Dans la première, la maladie évolue avec les caractères d'une affection aiguë ou subaiguë : fièvre, rougeur des jointures qui sont tuméfiées, douleurs vives, etc. C'est dans les cas de ce genre que la rétraction spasmodique est plus spécialement en jeu et par sa longue persistance détermine les déviations permanentes.

Dans la seconde catégorie, il s'agit de sujets âgés, parvenus au moins à 40 ans ou se trouvant à l'époque de la ménopause. Alors, il y a peu ou pas de fièvre; en général, les douleurs sont moindres et les déviations entrent pour une minime part dans la difformité qui est surtout constituée par l'exubérance des ecchondroses, la distension de la synoviale, la présence de corps étrangers intra-articulaires.

Quoiqu'il en soit, l'envahissement s'opère suivant un mode assez régulier. Il débute souvent par les membres supérieurs et principalement par les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius; le poignet, le coude sont pris ensuite. Aux membres inférieurs, les orteils, le cou-de-pied et enfin le genou sont successivement envahis. Cet ordre de succession, bien entendu, n'est pas suivi toujours d'une façon absolue, mathématique, mais c'est lui qui s'observe le plus communément.

Ces particularités contrastent avec ce que nous savons de la goutte; car celle-ci, dans l'immense majorité des cas, attaque primitivement le gros orteil et ne gagne les mains que plus tard, lorsque la maladie revêt le caractère chronique. Voici, du reste, un autre trait différentiel, il se rattache à la *loi de symétrie*.

C'est à savoir que, dans le rhumatisme noueux, contrairement à ce qui a lieu dans la goutte, les jointures de même nom sont envahies symétriquement ; c'est là un fait intéressant relevé par MM. Budd (*Symmetry in Disease*), Romberg, et dont j'ai pu constater la parfaite exactitude.

On peut considérer comme vraiment exceptionnels les cas de rhumatisme noueux dans lesquels la main d'un seul côté offre des difformités, tandis que dans la goutte ce phénomème est tout-à-fait habituel.

Voyons maintenant, Messieurs, en quoi consistent ces *déformations* et étudions-les dans les *mains*, qui sont le siége ordinaire et prédominant du mal et où elles se présentent avec leurs caractères spéciaux.

III. Au premier abord, ces déformations paraissent tellement irrégulières qu'il semble impossible de les soumettre à une description méthodique. J'ai essayé cependant de mettre de l'ordre dans ce désordre apparent et bientôt j'ai reconnu que ces difformités sont susceptibles d'être ramenées à deux types fondamentaux autour desquels viennent naturellement se grouper des types secondaires.

Ces types présentent un certain nombre de caractères communs: 1° La main est toujours dans la pronation et souvent dans une pronation exagérée : — 2° les doigts sont, de plus, déviés en masse vers le bord cubital de la main. Ce dernier élément de la déviation fait quelquefois défaut.

La pronation et la déviation cubitale des doigts sont, avec les nodosités des jointures, les seules déformations que l'on rencontre dans certains cas, parmi ceux surtout qui appartiennent à l'âge sénile. Mais, quand la rétraction spasmodique intervient d'une façon très-accusée, voici ce qu'apprend l'observation de l'un et l'autre des types principaux dont je vous ai parlé.

Dans le premier type ou *d'extension* comme je l'ai appelé, on remarque une flexion de la phalangette, une extension ne la phalangine et une flexion de la phalange. La flexion des phalanges ou celle même de la main peuvent être plus ou moins prononcées. Parmi les variétés de ce type, je citerai celle dans laquelle les divers segments des doigts sont sur la même ligne, forment une seule colonne, légèrement fléchie sur le métacarpe.

Dans le second type ou de flexion, nous observons une extension de la phalangette, une flexion de la phalangine et une flexion plus ou moins marquée des phalanges.

Les déformations de la main droite sont constamment moins régulières, si l'on peut ainsi parler, que celles de la main gauche, ce qui tient à ce que, instinctivement, les malades font tous leurs efforts pour lutter, du côté droit, contre l'effet de la rétraction.

Le pouce, bien que ses articulations soient affectées, conserve toujours une certaine mobilité qui permet parfois l'accomplissement de quelques actes.

Que ces caractères soient tous présents, ou que quelques-uns d'entre eux fassent défaut, ces déformations et ces déviations, compliquées de rigidités articulaires, privent forcément les malades de l'usage physiologique de leurs mains, et quand, de plus, ainsi que cela est fréquent, un grand nombre d'autres jointures sont plus ou moins rigides, la situation du patient devient des plus lamentables. Il n'est pas exceptionnel, par exemple, de trouver chez un même malade, les poignets et les coudes pour ainsi dire soudés, les genoux demi-fléchis et ankylosés, les vertèbres du cou plus ou moins profondément altérées, et partant la tête inclinée comme dans le torticolis. Bien heureux encore les malades si les articulations temporo-maxillaires restent mobiles !

Eh bien, dans ces conditions déplorables, la *nécessité industrieuse* trouve souvent le moyen de tirer parti des mouvements obscurs conservés par quelques articulations. Les malades, grâce à des instruments ingénieux, dont je fais passer des exemplaires sous vos yeux, sont encore capables, pendant longtemps, de se servir elles-mêmes. Il y a là un fait curieux à signaler, sous le rapport des productions spontanées de l'art. Réduites à la même extrémité, ces malades emploient toutes spontanément les mêmes instruments. Voici la longue fourchette classique qui sert à piquer les mets coupés au préalable et à les introduire dans la bouche, à l'aide des mouvements presque imperceptibles qui persistent dans quelques-unes des jointures des membres supérieurs. Voici la cuiller qui a des usages analogues. Enfin, il existe une longue baguette classique, destinée soit à porter aux fosses nasales le tabac à priser ou le mouchoir, soit à chasser les mouches, etc. Chose singulière ! ces instruments, connus de longue date à la Salpêtrière, ont eu pour inventeurs des femmes placées dans les salles les plus éloignées de ce grand hospice et qui n'ont entre elles aucune communication. Ce n'est pas tout: j'ajouterai que ces instruments sont les mêmes dans tous les pays du monde, car j'ai lu dans quelques observations anglaises que des malades, réduites à l'impotence par le fait du rhumatisme articulaire chronique général, avaient recours à des instruments semblables.

(*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — M. CORNIL

Anatomie pathologique du poumon. — Auscultation

Leçons recueillies par P. BUDIN. (1)

3e LEÇON. — TUBERCULOSE PULMONAIRE (Suite)

Messieurs,

Voyons maintenant quelles sont les relations qui existent entre les granulations et les inflammations pulmonaires qui se rattachent à leur présence.

Autour des tubercules développés à la surface de la muqueuse bronchique, le tissu conjonctif s'enflamme, prolifère : il en résulte une petite masse totale constituée par du tissu embryonnaire et de granulation. Les vaisseaux en ce point étant oblitérés, il se fait une gangrène, une destruction moléculaire de la néoformation. La masse, grise d'abord, devient opaque, jaunâtre, et se ramollit à son centre, elle tombe en détritus et ses éléments sont expulsés peu à peu par les bronches. Des ulcérations arrondies faites comme à l'emporte-pièce, puis des destructions peu étendues du tissu en sont la conséquence.

Lorsque les tubercules siégent dans l'épaisseur même du tissu pulmonaire, ils déterminent une inflammation, une production de grosses cellules, une pneumonie catarrhale, non seulement dans l'intérieur des mêmes alvéoles mais encore dans la cavité des alvéoles voisins qui se remplissent d'éléments. En même temps le tissu conjonctif interalvéolaire lui-même prolifère : une zone inflammatoire plus ou moins étendue enveloppe donc chaque granulation. M. Grancher a montré que cet épaississement inflammatoire des cloisons était constant dans tous les cas de tuberculose, même alors qu'on pourrait croire n'avoir à faire qu'à de la pneumonie caséeuse.

Plusieurs granulations peuvent se trouver disposées les unes à côté des autres ; elles sont alors à la fois séparées et réunies par de la pneumonie catarrhale. Il en résulte une masse compacte dans laquelle l'air ne péuètre pas et dans laquelle, les vaisseaux étant oblitérés, la circulation s'arrête : cette masse s'anémie, devient grisâtre, puis blanchâtre et jaunâtre et on peut croire à l'œil nu à l'existence d'une pneumonie caséeuse simple primitive, alors que des granulations ont été l'origine de cette inflammation pulmonaire, de cette broncho-pneumonie ou pneumonie lobulaire tuberculeuse.

C'est en effet le propre des tubercules agminés de subir en masse, eux et les produits inflammatoires qui les entourent, une dégénérescence granuleuse ou caséeuse qui donne à l'ensemble une teinte uniforme. M. Ranvier a bien démontré ce fait dans les tubercules des os : il en est de même dans le poumon. Lorsqu'à l'œil nu il semble qu'on a à faire à un noyau de pneumonie caséeuse, l'examen microscopique permet souvent de voir plusieurs centres de dégénérescence granuleuse et de reconnaître la limite de granulations tuberculeuses qui sont rapprochées les unes des autres et confluentes, mais néanmoins bien distinctes.

Quelquefois une étendue beaucoup plus considérable du poumon peut être envahie par la pneumonie : comme dans la pneumonie ordinaire on y distingue trois stades dans lesquels le tissu est successivement rouge, gris rosé et gris, puis il se dessèche et devient jaunâtre, la circulation ayant cessé de se faire et les éléments ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse : on a alors une pneumonie lobaire caséeuse ou tuberculeuse : ces deux épithètes sont défectueuses bien qu'elles soient constamment employées. La pneumonie caséeuse présente en effet différents stades dont le dernier seul offre l'aspect caséeux, et le terme de pneumonie tuberculeuse n'est pas absolument bon non plus, car, dans les parties jaunâtres et opaques, on ne trouve pas toujours et fatalement des granulations tuberculeuses, reconnaissables au moment de l'examen anatomique.

La pneumonie caséeuse présente au point de vue pathogénique trois variétés histologiques principales qui ont été bien distinguées par Thaon. Elle peut succéder :

1° A la pneumonie catarrhale que nous avons précédemment décrite;

2° A la pneumonie fibrineuse qui se développe brusquement ou sourdement en envahissant tout un lobe ;

3° A la pneumonie colloïde ou infiltration gélatiniforme de Laennec dans laquelle les alvéoles sont remplies par une matière gélatineuse que le carmin colore en rose.

M. Thaon a aussi décrit une quatrième variété ou variété mixte. Dans ce cas, ou bien on trouve dans les alvéoles des cellules épithéliales en voie de prolifération, des globules blancs, des réseaux de fibrine et de la matière colloïde, ou bien une zone de pneumonie caséeuse enveloppée par deux couches concentriques, l'une de pneumonie fibrineuse, l'autre plus externe de pueumonie catarrhale.

Le plus souvent, alors, il existe des granulations tuberculeuses disséminées dans les parties altérées du poumon et elles tranchent sur le reste de la coupe par leur coloration grisâtre, sinon on peut tout au moins constater leur présence dans les parties voisiues du poumon ou sur la plèvre.

Les granulations tuberculeuses peuvent donc déterminer de l'inflammation et des ulcérations des bronches, de la pneumonie lobulaire ou de la pneumonie lobaire qui deviennent caséeuses ; elles peuvent encore amener la production de pueumonies interstitielles et de granulations fibreuses.

Les tissus qui environnent les granulations au lieu d'être le siège d'une pneumonie catarrhale peuvent s'organiser en du tissu fibreux. Les cloisons interalvéolaires sont épaissies, le tissu pulmonaire est beaucoup plus résistant sous la pression du doigt, les granulations elles-mêmes font une saillie anormale. En même temps, les cloisons qui sont devenues plus volumineuses s'infiltrent de pigment noir, il y a comme dans la phthisie des mineurs, production d'une pneumonie interstitielle ardoisée : c'est au sommet du poumon qu'on rencontre le plus fréquemment cette altération.

Dans d'autres cas, ce sont les granulations elles-mêmes qui subissent eutièrement la transformation fibreuse : la partie centrale ou jaunâtre qui renferme dans les points caséeux des produits dégénérés disparaît et elle est progressivement envahie par du tissu fibreux. Il en résulte des granulations dures, résistantes, totalemeut fibreuses, infiltrées aussi parfois de pigment noir, véritables granulations tuberculeuses modifiées et gueries. On les rencontre dans les cas de phthisies durant depuis 10, 12 ou 15 années. Ces faits peuvent être opposés aux auteurs qui affirment que la pneumonie caséeuse est seule curable tandis que la tuberculose conduit fatalement à la mort : ils permettent presque de renverser leur proposition.

Toutes ces lésions de la tuberculose sont distribuées d'une façon très-variable suivant les différents cas. Quelquefois il survient un développement rapide de granulations nombreuses et fines qui envahissent toute l'étendue des deux poumons; il y a, suivant l'expression de Thaon une véritable infiltratiou tuberculeuse que l'examen histologique permet seul de bien reconnaître, infiltration qui amène une congestion pulmonaire intense et détermine promptement la mort.

Dans un assez grand nombre de cas, l'induration ardoisée due à une pneumonie interstitielle accompagne une éruption tuberculeuse assez rapide et généralisée. On a alors dans les deux poumons des noyaux durs, variables de grosseur, ayant le volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix ; sur une section, ces noyaux sont de couleur foncée, presque noire et sur leur surface qui est lisse, on voit des granulations fines, grises et opaques à leur centre. Ces granulations sont plus jeunes et plus confluentes à la périphérie des noyaux qu'à leur centre. Cette forme de la tuberculose que M. Ranvier et moi avons depuis longtemps signalée dans nos leçons a été bien décrite par M. Thaon.

(1) Voir le n° 20 du *Progrès Médical*.

Une autre forme anatomique de la tuberculose qui évolue assez rapidement est celle que nous avons décrite, M. Hérard et moi, sous le nom de broncho-pneumonie tuberculeuse et qui se manifeste par des îlots le long des bronches et à leur terminaison. Ces îlots, formés par des granulations et de la pneumonie catarrhale, généralisés à tout l'arbre aérien, arrivent vite à se transformer en une quantité de petites cavernes.

D'autres fois le développement des granulations a lieu pour ainsi dire par poussées successives et l'on peut trouver dans toute l'étendue des poumons des lésions arrivées à des degrés différents. Tantôt l'un des poumons est sain, tandis que dans l'autre il existe de la pneumonie caséeuse au sommet, des granulations tuberculeuses confluentes au centre et quelques granulations isolées à la base. Tantôt, au contraire, les deux poumons sont envahis : l'un offre de vastes cavernes dans son tiers supérieur, de la broncho-pneumonie tuberculeuse au centre et des granulations à sa base.

On peut ainsi reconnaître l'ancienneté des lésions et constater en même temps que l'affection débute presque toujours par le sommet de l'organe. *(A suivre.)*

CLINIQUE MÉDICALE

De l'hémianesthésie liée à une lèsion d'un hémisphère du cerveau

Par **BOURNEVILLE.**

L'hémianesthésie cutanée complète, c'est-à-dire intéressant toute une moitié du corps : face, tronc et membres, avec anesthésie concomitante des sens spéciaux du même côté, vue, ouïe, goût, odorat, a été considérée pendant longtemps comme se rencontrant d'une façon exclusive chez les hystériques Cette opinion n'est plus acceptable aujourd'hui dans toute sa rigueur. En effet, M. Charcot, s'appuyant sur son expérience personnelle et sur les quatre cas de L. Turck, que nous avons analysés récemment (1) a fait voir que certaines lésions des hémisphères cérébraux peuvent s'accompagner d'une hémianesthésie portant, comme dans l'hystérie, sur toute une moitié du corps et s'arrêtant nettement à la ligne médiane (2).

Les cas auxquels nous faisons allusion se divisent en deux catégories : La première comprend des cas peut-être insuffisamment observés, ou dans lesquels tout au moins l'obnubilation des sens, vue, ouïe, etc., ne se trouve pas explicitement indiquée. Dans la seconde, les sens spéciaux eux-mêmes étaient lésés et par conséquent l'hémianesthésie offrait tous les caractères que l'on remarque dans l'hémianesthésie des hystériques. L'observation suivante recueillie, sous la direction de M. Charcot, par MM. Debove et Exchaquet, appartient à la première catégorie.

OBSERVATION. — *Etourdissements suivis d'hémiplégie puis de parésie du côté droit. — Hémianesthésie et mouvements choréiformes occupant ce même côté. — Résultats de l'autopsie.*

Lég... Hortense, 64 ans, admise à la Salpêtrière le 13 juin 1872, est entrée le 4 février 1873 à l'infirmerie, salle Saint-Jacques, nº 4 (service de M. CHARCOT).

5 *février*. Cette femme, dont la santé était habituellement bonne et qui n'offre aucun signe d'affection cardiaque, a été prise, en janvier 1872, d'*étourdissements* bientôt suivis d'une *paralysie du côté droit*. Cette paralysie, qui intéressait le bras et la jambe, a toujours été incomplète. Dans le courant de 1872, L... eut de nouveau des étourdissements, mais la paralysie n'augmenta pas.

La nuit dernière, L... s'étant levée pour uriner, ne put parvenir à se recoucher. On a constaté, alors, qu'elle parlait difficilement et que, quand elle buvait, le liquide revenait par les narines. Ce matin, la malade présente les symptômes suivants :

La commissure labiale est légèrement déviée à gauche (?); la langue, encore très-mobile, paraît un peu déviée du même côté (?) ; la luette est inclinée à droite. Les aliments reviennent par les fosses nasales et L... a eu un accès de suffocation très-grave, après avoir essayé d'avaler un peu de viande.

La *sensibilité à la piqûre et au pincement, très manifestement diminuée sur la joue droite. est presque tout-à-fait abolie sur les membres du même côté et sur la moitié correspondante du tronc. L'anesthésie paraît s'arrêter nettement à la ligne médiane.* La sensibilité à la température est aussi très-affaiblie sur ces mêmes points.

6 *février*. La gêne de la déglutition est telle qu'on est obligé d'alimenter la malade avec la sonde œsophagienne.

7 *février*. Pendant la marche, qui se fait avec le secours de deux aides, L... tient le bras droit écarté du tronc et fléchi à angle droit : on remarque qu'il est animé alors d'un mouvement particulier, d'une sorte d'*oscillation choréiforme*.

15 *février*. P. 88. La malade parvient à manger seule.

16 *février*. P. 92 ; T. R. 37°,4. On n'observe ni mouvements fibrillaires, ni atrophie des membres paralysés. — Le 2 mars, on trouve au dynamomètre, 35 pour la main droite et 40 pour la gauche.

Les symptômes bulbaires se sont progressivement amendés et, au bout de quelque temps, la malade a même pu se servir de la main droite pour manger. A plusieurs reprises, on a constaté depuis cette époque la persistance de l'hémianesthésie portant sur la face, le tronc et les membres du côté droit ; seulement l'insensibilité dans ces diverses explorations s'est toujours montrée moins accusée qu'au début. L'état intellectuel de la malade n'a pas permis de décider si le goût, l'ouïe, l'odorat et la vision étaient affectés de ce même côté.

6 *octobre*. La malade — qui a été perdue de vue depuis quelque temps — s'est affaiblie peu à peu. Depuis un mois, environ elle est devenue de nouveau incapable de se servir de la main droite et de descendre de son lit. Le membre supérieur droit est le siége d'une espèce de *tremblement* choréiforme qui s'accuse surtout lorsque L... veut porter un objet à sa bouche. et même au repos, il offre un certain degré d'instabilité. Ainsi, L... meut malgré elle les doigts les uns après les autres, l'avant-bras est agité par de petites secousses. L'avant-bras a toujours de la tendance à se fléchir sur le bras. — Les membres inférieurs sont demi-fléchis et les muscles des mollets sont le siége de secousses, de soubresauts rappelant ce qui existe au membre supérieur correspondant.

Les plis du front sont également dessinés des deux côtés. L'œil droit est naturellement plus grand que l'autre; la malade le ferme bien. Sur la moitié droite du menton se voient des plis permanents, tandis que la moitié gauche est lisse. La bouche est un peu tirée à droite; il en est de même de la langue qui ne présente d'ailleurs aucun mouvement fibrillaire. La déglutition est toujours un peu gênée, mais il n'y a plus de régurgitation. La déviation de la luette n'a pas changé. Les muscles de la partie inférieure de la moitié droite de la face sont animés de mouvements spasmodiques rhythmiques, à peu près permanents mais qui s'exagèrent lorsque la malade est émue ou veut parler. Il y a donc une sorte d'état spasmodique choréiforme de toute la moitié droite du corps, la face y compris.

Les fonctions intellectuelles sont tellement abaissées qu'il est impossible d'avoir maintenant des renseignements precis sur l'etat de la sensibilité. — Décubitus latéral gauche. Eschare sur la fesse correspondante. La malade succombe le

(1) Nº 10 du *Progrès médical*, page 117.

(2) L'hémianesthésie cutanée complète portant sur le côté du corps, tête, membres et tronc, opposé à la lésion, s'observe quelquefois ainsi que cela résulte de plusieurs observations et en particulier d'un fait publié par M. Hermann Weber. (*A contribution to the pathology of the crura cerebri*. In *Medico-chir. Transact*, t. 46), en conséquence des altérations d'un pédoncule cérébral. En pareil cas, les sens spéciaux, vue, ouïe, odorat, etc., ne se montrent pas affectés. C'est là, ainsi que M. Charcot le fait remarquer un caractère qui s'il était établi par de nombreuses observations, servirait à distinguer cliniquement l'hémianesthésie liée à une lésion des pédoncules cérébraux de celle qui résulte d'une altération de certaines régions centrales des hémisphères.

7 octobre à une pneumonie pseudolobaire généralisée du poumon droit.

AUTOPSIE *faite le 8 octobre.* — *Tête.* Le *crâne* est mince, fragile et translucide dans presque toute son étendue. A l'incision de la *dure-mère,* qui est saine, il ne s'écoule qu'une médiocre quantité de sérosité. La *pie-mère*, normale au niveau de la convexité et sur la plus grande partie de la face inférieure des hémisphères, est opaque au niveau de la protubérance et surtout du pourtour du quatrième ventricule, et présente un épaississement assez notable qui a pu exercer une certaine action sur les nerfs correspondants (1). Les *artères de la base*, tronc basilaire, cérébrales, etc., n'offrent que de rares taches athéromateuses et sont, du reste, souples.

Cerveau. Une coupe verticale et transversale, répondant au chiasma des nerfs optiques, met à découvert, dans l'*hémisphère gauche*, un petit foyer de ramollissement ayant environ deux centimètres en largeur et un centimètre de hauteur. Ce foyer, sorte de lacune, évidemment de date ancienne, intéresse à la fois : 1° L'extrémité supérieure et antérieure du 3e segment Putamen) du noyau extraventriculaire; 2° la partie moyenne du noyau intra ventriculaire du corps strié, dans une petite étendue ; 3° la partie correspondante de la capsule interne. Sur une coupe faite un centimètre environ en arrière de la précédente et par conséquent en arrière du chiasma, on trouve deux foyers lacunaires distincts mais qui paraissent faire partie du précédent : l'un occupant presque le centre du noyau extra-ventriculaire du corps strié ; l'autre, plus petit, ayant deux millimètres de côté, est situé sur le bord externe du noyau intra-ventriculaire.

Une 3e coupe semblable aux précédentes pratiquée encore plus en arrière, au niveau des éminences mamillaires, montre deux lacunes ayant l'une un centimètre de longueur sur deux millimètres de largeur, l'autre cinq millimètres sur deux, situées bout à bout dans la même direction. Elles occupent le pied de la couronne rayonnante, suivant le trajet d'une ligne qui par son extrémité interne et inférieure touche, sans l'intéresser toutefois à l'angle supérieur du *putamen* (3e segment du noyau extra-ventriculaire du corps strié) et se dirige à partir de là de bas en haut et de dedans en dehors, dans l'épaisseur de la substance blanche de la circonvolution qui recouvre l'insula (opercule).

Sur une quatrième coupe, faite immédiatement en avant de la protubérance, existe une lacune ovalaire, à fond jaune, mesurant cinq millimètres de longueur sur deux à trois millimètres de largeur et deux d'épaisseur et qui occupe en ce point la partie externe du pied de la couronne rayonnante.

Les lésions portent donc principalement dans les régions répondant aux deux dernières coupes sur le pied de la couronne rayonnante. La capsule interne elle-même, dans sa partie postérieure, c'est-à-dire dans sa partie qui sépare de la couche optique le noyau lenticulaire, n'est point intéressée par la lésion. On s'assure par des coupes variées que la couche optique ne présente d'altération sur aucun point.

De nombreuses coupes faites sur l'*hémisphère droit*, la *protubérance*, le *bulbe* et le *cervelet* n'ont fait voir à l'œil nu aucune lésion.

Thorax. — *Plèvre et poumon* du côté gauche rien. — A droite, adhérences pleurales serrées dans toute la hauteur ; injection notable de la plèvre thoracique. Le *poumon* présente dans toute sa hauteur, mais surtout dans la moitié supérieure, des foyers de pneumonie lobulaire (hépatisation rouge) ayant à la coupe un aspect marbré. — *Cœur* petit et flasque ; endocarde, valvules, rien. L'*aorte* est athéromateuse, friable, mais à un degré qui n'est pas très-avancé.

Cavité abdominale.—*Foie, rate*, rien. Les *reins* offrent de nombreux kystes; de plus, le gauche porte à son extrémité supérieure une tumeur saillante, du volume d'une grosse noix, n'affectant que la partie superficielle du tissu rénal, et dont le centre est verdâtre, vitreux et la périphérie d'un brun rougeâtre (kyste hématique ?).

Dans ce cas nous voyons que l'hémianesthésie qui s'arrêtait exactement à la ligne médiane, occupait toute la moitié droite du corps, la face aussi bien que les membres et le tronc. Il est à regretter que l'état mental de la malade n'ait pas permis de décider si les sens spéciaux — vue, ouïe, odorat, goût, — étaient affectés de ce même côté.

Les lésions que l'autopsie a fait reconnaître siégeaient vers les parties centrales de l'hémisphère gauche du cerveau ; elles consistaient en foyers multiples de ramollissement appartenant à la forme anatomique désignée d'ordinaire sous le nom de *ramollissement lacunaire*.

Une première coupe verticale transverse (*frontale* comme disent plus brièvement les auteurs allemands) passant par le chiasma des nerfs optiques, montre un de ces foyers. Il intéresse à la fois : 1° L'extrémité supérieure et antérieure du troisième segment (*Putamen*) du noyau lenticulaire ou noyau extra-ventriculaire du corps strié); 2° la partie moyenne du noyau intraventriculaire du corps strié, dans une très-petite étendue; 3° la partie correspondante (dans cette région, la partie antérieure) de la capsule interne.

Une autre coupe (la 3e dans l'observation) semblable à la précédente, mais faite plus en arrière, au niveau des éminences mamillaires, met à découvert deux autres petits foyers allongés, placés bout à bout, occupant le pied de la couronne rayonnante, suivant le trajet d'une ligne qui, par son extrémité interne et inférieure, touche, sans l'intéresser toutefois, à l'angle du putamen (3e segment du noyau extra-ventriculaire du corps strié) et se dirige à partir de là, de bas en haut et de dedans en dehors, pénétrant aussi dans l'épaisseur de la substance blanche de la circonvolution qui recouvre l'insula de Reil.

La couche optique dans toute son étendue, et la capsule interne dans sa partie postérieure, c'est-à-dire dans la partie où elle sépare le noyau extra-ventriculaire du corps strié de la couche optique, ne présentaient pas traces d'altération.

Il n'y a pas, croyons-nous, à justifier les minutieux détails descriptifs dans lesquels nous venons d'entrer. Il est évident, en effet, et c'est là un point sur lequel M. Charcot ne manque jamais d'insister — qu'en matière de localisation cérébrale, si l'on veut arriver à des résultats sérieux, il n'est permis de négliger aucun fait nécroscopique quelque minime qu'il paraisse. Seule, une description très-minutieuse fondée sur l'examen de coupes méthodiquement pratiquées, permet de déterminer le siége et l'étendue des altérations et fournit un des éléments indispensables pour saisir la relation qui existe entre les symptômes et les lésions (Fig. 18).

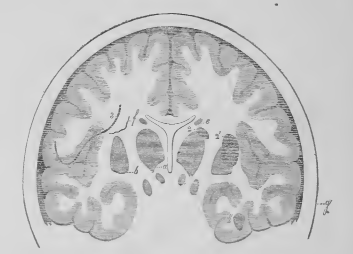


Fig. 18. —*Coupe transversale du cerveau.* — *a*, couche optique ; — *b*, corps strié, noyau lenticulaire ; — *e*, corps strié, noyau caudé ; — *f*. indication de la couronne rayonnante de Reil ; — 2, 2', 2'', foyers apoplectiques (obs. II du mémoire de L. Turck, p. 178) ; — 3, indication du foyer apoplectique. (Obs. III, du mémoire de L. Turck).

Actuellement il convient de comparer ces résultats nécroscopiques avec ceux que L. Turck a relevés dans les cas où

(1) Les symptômes bulbaires observés pendant la vie, doivent être rapportés au moins en partie, à cette lésion de la pie-mère.

l'hémianesthésie totale avait existé en conséquence de lésions des hémisphères cérébraux (1). Voici l'indication sommaire des parties qui, dans les observations rapportées par cet auteur, se sont montrées lésées. Ces parties sont : 1° La partie postérieure et externe de la couche optique ; 2° le 3e segment (putamen) du noyau lenticulaire ; 3° la partie postérieure de la capsule interne, c'est-à-dire la partie de cette capsule qui sépare le noyau lenticulaire de la couche optique; 4° enfin, la partie du pied de la couronne rayonnante correspondant à cette même région, ainsi que la partie attenante du centre ovale.

Il s'agit là, on le voit, de lésions éminemment complexes, et qui, ainsi que l'a fait remarquer M. Charcot, permettent seulement de circonscrire la région dans laquelle devront à l'avenir être dirigées les recherches ; car, suivant toute probabilité, les parties, énumérées indistinctement par L. Turck, n'ont pas toutes dans l'espèce une importance égale et il était à prévoir que de nouvelles études aideraient, tôt ou tard, à dégager des lésions accessoires, accidentelles, la lésion fondamentale, celle à laquelle il faudra rattacher l'existence de l'hémianesthésie.

L'observation que nous venons de rapporter fournit quelques éléments propres à être utilisés dans la solution du problème. Elle autorise tout d'abord à mettre hors de cause la couche optique puisque celle-ci ne présentait aucune altération (2); elle permet d'éliminer en outre par la même raison, la partie postérieure de la capsule interne (3). En somme, on le voit, dans le cas en question, le troisième segment du noyau extra-ventriculaire (putamen) et le pied de la couronne rayonnante dans sa partie postérieure avec participation de ré gion attenante du centre ovale, sont les seules parties dont la lésion mérite d'être prise en considération pour le point de vue spécial que nous envisageons ici. Il n'y a pas à tenir compte, en effet, des lésions du noyau intra-ventriculaire du corps strié et de la partie antérieure de la capsule interne, signalées dans l'observation, puisque ces lésions ne se trouvaient pas mentionnées dans l'énumération de L. Turck.

On peut, croyons-nous, porter plus loin encore l'analyse, et éliminer à son tour, l'altération que présentait le noyau lenticulaire. Il existe en effet un nombre suffisant d'observations qui établissent que des altérations même profondes des diverses parties de ce noyau de substance grise ne peuvent exister sans accompagnement de troubles de la sensibilité.

Ainsi, d'après l'observation qui fait l'objet de cette note, *la lésion de la partie postérieure du pied de la couronne rayonnante, y compris la partie adjacente du centre ovale*, serait en définitive, dans le cas de lésions centrales des hémisphères cérébraux, la seule qui puisse être considérée comme déterminant l'hémianesthésie.

Nous ne pouvons nous empêcher de relever l'importance physiologique et clinique de cette conclusion tout en reconnaissant néanmoins, qu'elle ne saurait être acceptée sans quelques réserves tant qu'elle n'aura pas été soumise au contrôle d'observations suffisamment multipliées.

Nous relevons encore dans l'observation recueillie à la Salpêtrière, l'existence d'un symptôme curieux, c'est à savoir une sorte de *tremblement choreiforme* qui se montrait limité au côté du corps frappé d'anesthésie et de parésie.« Il s'agit là, enseigne M.Charcot, d'une sorte de convulsion rhythmique qui occupe tout un côté du corps, la face y compris, du moins fort souvent et qui revêt tantôt les apparences de la secousse clonique de la chorée, tantôt celles du tremblement de la paralysie agitante. Ce tremblement hémilatéral se montre quelquefois primitivement ; d'autres fois il succède à une hémiplégie dont le début a été subit et il commence à apparaître dans ce dernier cas, à l'époque où la paralysie motrice commence à s'amender. La lésion consiste dans la présence soit d'un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement, soit d'une tumeur ; dans tous les cas de ce genre que j'ai observés jusqu'ici, et dans les faits analogues que j'ai recueillis dans les auteurs, elle occupait la région postérieure de la couche optique et les parties adjacentes de l'hémisphère cérébral situées en dehors de celle-ci. L'hémianesthésie est un accompagnement assez habituel — mais non constant toutefois — de cet ensemble de symptômes et elle siége du même côté que le tremblement (1). »

La coexistence fréquente sur le même côté du corps de l'hémianesthésie totale et de l'hémichorée, mise en relief dans cette citation, rend au moins très-vraisemblable, que les lésions qui déterminent ces deux ordres de symptômes, doivent siéger sur des points de l'encéphale fort rapprochés l'un de l'autre. Mais l'analyse anatomo-physiologique n'a pas encore permis jusqu'ici de déterminer le siége précis de la lésion à laquelle se rattache l'hémichorée, par opposition au siége de la lésion qui tient sous sa dépendance l'hémianesthésie et l'observation actuelle ne nous fournit à cet égard aucun renseignement particulier. La solution de cette question doit donc être réservée pour l'avenir.

(1) Pour rendre plus facile la compréhension de cet exposé, nous avons jugé opportun de reproduire l'une des planches qui figurent dans le travail de L. Turck. Nous rappelons qu'il s'agit là d'une coupe frontale faite au niveau des éminences mamillaires.

(2) La couche optique, d'ailleurs, était également exempte d'altération, tout au moins dans une des observations du mémoire de M. Turck.

(3) A la lésion de la partie antérieure de la capsule interne, révélée par l'examen de la coupe faite au niveau du chiasma on peut rapporter, pour une part, la parésie qui existait dans le côté droit du corps. C'est ici le lieu de rappeler que, suivant les travaux récents de M. Meynert (de Vienne), les conducteurs des impressions sensitives venant de la moelle, après s'être entrecroisés dans le bulbe, se retrouveraient groupés dans la partie la plus externe du pied du pédoncule cérébral (étage inférieur du pédoncule). Ces conducteurs continueraient ensuite leur route jusqu'aux hémisphères postérieurs, affectés à l'élaboration des impressions sensitives — probablement par la voie de la partie la plus postérieure de la capsule interne et de la couronne rayonnante — sans s'arrêter soit dans le noyau caudé, soit dans le noyau lenticulaire. Au contraire les fibres émanant des lobes antérieurs, affectés, suivant M. Meynert, aux mouvements volontaires, s'arrêteraient en partie dans les corps striés, descendraient probablement par les parties antérieures de la couronne rayonnante et de la capsule interne, dans les pédoncules dont ils occuperaient la partie la plus interne, puis dans les pyramides antérieures et se retrouveraient enfin après l'entrecroisement bulbaire, dans la partie postérieure des cordons latéraux de la moelle. — Il faut ajouter, de plus, en ce qui concerne les lobes postérieurs, que ceux-ci en outre des conducteurs de la sensibilité générale, recevraient des filets venant de la rétine par la voie du tractus optique, de la membrane de Schneider, par la voie de la commissure antérieure, de la 5e paire, enfin par certaines fibres émanant du noyau supérieur de ce nerf, qui git dans la région de la paire supérieure des tubercules quadrijumeaux.

— Voir à ce sujet, Meynert, *Striker's handbuch*, t. II, — *Sitzungb. der K. Akad. der Wissens.* Zu Wien, Bd. IX, heft. III, et une intéressante analyse des travaux de cet auteur dans les *Archives of scientific and practical medicine*, rédigées par Brown-Séquard et Seguin. N° 2, february. 1873. — Il est vraisemblable, d'après ce qui vient d'être dit du trajet des conducteurs de la sensibilité, dans l'hémisphère, qu'à défaut d'une lésion de la couronne rayonnante (partie postérieure) celle de la partie postérieure de la capsule interne suffirait à produire l'hémianesthésie ; c'est un point à élucider.

CRÉMATION DES MORTS. — Il se forme à Zurich une société dont les membres doivent s'engager à ne pas se faire enterrer après leur mort, mais à brûler leur corps ; cette idée trouve d'assez nombreuses adhésions, dit-on, et est ouvertement appuyée par la *Gazette d'Andelfingen*. Ce journal fait observer que le système de l'enterrement rend nécessaires, à proximité des villes, des cimetières qui emploient des étendues considérables d'un terrain précieux, compromettant la santé des vivants, sans permettre de respecter les morts, dont les ossements sont plus tard déterrés et dispersés. Au contraire, la cendre des morts, conservée dans une urne, serait pour les parents un souvenir plus durable, sans inconvénients pour personne (*Journal de Genève.*)

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, I, p. 279.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Aux Étudiants.

En réunissant dans ce numéro un certain nombre de renseignements sur les institutions médicales de Paris, nous nous sommes proposé d'aider les uns — les jeunes — à leurs débuts dans la carrière médicale, et de mettre les autres – les anciens — mieux à même de profiter des ressources scientifiques que nous possédons. En effet, l'étudiant qui arrive à Paris, soit qu'il vienne de terminer ses études classiques, soit qu'il ait déjà passé une ou plusieurs années dans une école préparatoire, se trouve en général abandonné à lui-même, ne sachant ni ce qu'il doit faire, ni par quel bout il doit commencer, et n'ayant pas même la moindre notion du terrain sur lequel il s'avance. Pour ceux-là, nous pensons que l'essai que nous tentons aujourd'hui sera pleinement justifié. En ce qui concerne les seconds, c'est-à-dire ceux qui ont déjà une certaine habitude des cours et des hôpitaux, nous espérons qu'ils trouveront aussi dans ce numéro des indications dont ils nous sauront gré, ne serait-ce qu'au point de vue des hôpitaux spéciaux, des laboratoires et des sociétés savantes.

Nous avons divisé ces renseignements en quatre parties. Dans la première, nous avons reproduit le tableau officiel des cours de la Faculté et nous l'avons fait suivre de quelques indications sur la bibliothèque, les musées et les pavillons de dissection de l'Ecole pratique.

La seconde partie est consacrée aux différents laboratoires et à l'amphithéâtre de dissection des hôpitaux. Nous aurions voulu donner à cet égard des détails plus nombrenx, car la fréquentation assidue des laboratoires et des salles de dissection permettra aux étudiants, même dès la première année de leurs études, d'acquérir des notions dont ils comprendront surtout l'utilité lorsqu'ils s'adonneront d'une façon plus spéciale à l'observation clinique. C'est alors qu'ils recueilleront le fruit des longues heures passées à ces travaux indispensables.

Dans la troisième partie nous avons réuni tont ce qui a trait aux hôpitaux. Nous avons donné le nom des principaux établissements hospitaliers (hospices, hôpitaux, services et asiles spéciaux) et celui des médecins et chirurgiens qui composent le service de santé.

Cependant nous avons signalé plus particulièrement les services dans lesquels les étudiants sont exercés à l'examen des malades ou dont les chefs font assez régulièrement des conférences cliniques. La liste de ces maîtres, dévoués à l'instruction des étudiants, s'accroitra sans nul doute, et ce sera avec plaisir que nous inscrirons leurs noms dans notre *Chronique hebdomadaire des hôpitaux*.

Une quatrième partie concerne l'enseignement médical libre. Nos renseignements sont loin d'être complets, mais au fur et à mesure que de nouveaux cours seront annoncés, nous nous ferons un plaisir d'en avertir nos lecteurs. Cè que nous pouvous dire dès maintenant, c'est que la plupart de ces cours seront suivis avec profit, soit par les jeunes étudiants, soit par ceux qui veulent s'adonner à l'étude de certains groupes de maladies dont l'enseignement est quelque peu négligé à la faculté de médecine.

Les sociétés savantes sont l'objet de la cinquième partie. De ces Sociétés, les unes (Société de biologie, Société de chirurgie, Société anatomique, Société médicale des hôpitaux)' seront fréquentées fructueusement par les étudiants laborieux et un peu avancés déjà dans leurs études; d'autres, (Académie des sciences, Académie de médecine), pourront être visitées, soit à propos de discussions importantes qui fourniront l'occasion d'entendre des savants étrangers aux hôpitaux et à la faculté, soit tout simplement pour avoir une idée de l'organisation de ces sociétés et connaître les hommes qui les composent.

Il est enfin quelques sociétés (Société médico-psychologique, Société de médecine légale, Société d'anthropologie) dont la fréquentation, nécessaire aux étudiants qui se destinent à l'étude des questions d'aliénation mentale, de médecine légale, etc., est secondaire pour les autres. Trop de jeunes docteurs quittent Paris, non-seulement sans avoir assisté aux séances des sociétés médicales, mais quelquefois même sans en savoir le nom. C'est là une faute qui leur est certainement préjudiciable.

L'insuffisance de nos laboratoires, la mauvaise installation de la plupart de nos sociétés savantes décourage quelquefois les étudiants. Grande serait l'erreur si, en raison de nos mœurs qui font que nous n'osons rien entreprendre qui soit en opposition avec les habitudes reçues et que nous implorons à chaque instant le concours de l'Etat ou de ses agents, les jeunes étudiants s'imaginaient trouver à chaque instant, dans la faculté, des Mentors pour les guider. C'est à eux de bien chercher à se rendre compte du milieu dans lequel ils sont jetés et des moyens d'instruction qui existent. En un mot, ils doivent compter sur eux-mêmes et sur leur propre initiative. Que les étudiants se pénètrent bien de ces règles de conduite, qu'ils les adoptent et bientôt nous aurons pris notre revanche, au moins sur le terrain scientifique.

Il ne nous reste plus, en terminant, qu'à demander à nos lecteurs de se montrer bienveillants pour cet essai de ce que les Anglais appellent *The number of students*, — *Le numéro des étudiants.*

FACULTÉ DE MÉDECINE

La Faculté ouvrira ses Cours d'Hiver le Mardi 4 Novembre 1873. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

Physiologie médicale, M. GAVARRET. — Physique générale. — L'électricité, l'optique, Mercredi, Vendredi, à midi.
— Physique biologique. — Etude des éléments chimiques de l'atmosphère. Rapports des êtres vivants avec l'atmosphère. Lundi, à cinq heures. — Petit amphithéâtre.

Pathologie médicale, M. AXENFELD, suppléé par M. Damaschino, agrégé. — Lundi, Mercredi, Vendredi, à trois heures.

Anatomie. M. SAPPEY. — Le système nerveux central. — Les organes des sens. — Les appareils de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération. Lundi, Mercredi, Vendredi, à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales, M. CHAUFFARD. — Etats des forces. — Thérapeutique générale. Lundi, Mercredi, Vendredi, à cinq heures.

Chimie médicale, M. WURTZ. — Chimie générale. Jeudi, samedi, à midi. Chimie biologique. — Etude chimique des sécrétions. Mardi, à quatre heures. — Petit amphithéâtre.

Pathologie chirurgicale, M DOLBEAU. — Maladies chirurgicales de l'appareil digestif. Mardi, Jeudi, Samedi, à trois heures.

Opérations et appareils, M. LÉON LE FORT.—Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des artères, des os, des articulations. Mardi, Jeudi, Samedi, à quatre heures.

Histologie, M. ROBIN. — Des tissus et des systèmes anatomiques à l'état normal et à l'état pathologique (2e partie du programme). Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie, M. LORAIN. — Les méthodes d'observation dans l'antiquité et dans les temps modernes. — Origines et modes de propagation de certaines maladies épidémiques. — Géographie médicale. Mardi, Jeudi, Samedi, à cinq heures. — Petit amphithéâtre.

Clinique médicale : Bouillaud, suppléé par M. Brouardel, agrégé, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— G. Sée, à la Charité, tous les jours, le matin de 8 à 10 heures.
— Béhier, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— Lasègue, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
Clinique chirurgicale : Richet, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— Gosselin, à la Charité, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— Verneuil, à la Pitié, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
— Broca, à l'Hôpital des Cliniques de la Faculté, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.
Clinique d'accouchements. Depaul, à l'Hôpital de la Faculté, tous les jours, le matin, de 8 à 10 heures.

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des enfants :* M. H. Roger, à l'hôpital des enfants. Lundi, Jeudi, Samedi, à 8 h. 1/2.

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale;
Deuxième année : Anatomie, histologie, dissections.
Troisième année : Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.
Quatrième année : Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

Musées — *Musée Orfila. (Anatomie normale)* à l'Ecole de Médecine : ouvert de 10 heures à 4 heures. — *Musée Dupuytren (Anatomie pathologique)*, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15 : ouvert de 11 heures du matin à 3 heures du soir.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 4 heures du soir et de 7 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer: 1° que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (4 heures) est celle du dîner, n'est guère facilement utilisable par les étudiants; — 2° Que les ouvrages récents et les journaux de médecine, fussent mis à la disposition des étudiants aussitôt après l'apparition, au lieu de ne leur être livrés qu'au bout d'un temps quelquefois trop considérable. Nous sommes persuadé que si les étudiants adressaient une demande collective à M. le Doyen, celui-ci serait heureux de prendre à cet effet les mesures nécessaires. *Bibliothécaire* : M. Raige-Delorme; — B. *adjoints* : MM. Beaugrand et A. Olivier.

École pratique de la Faculté.

Anatomie et médecine opératoire. — Des sept pavillons consacrés aux dissections, six appartiennent à l'enseignement officiel et un (le 7e), aux professeurs libres. — Chef des travaux anatomiques, M. Marc Sée; — Prosecteurs, MM. Delens, Farabeuf et Terrier; — Aides d'anatomie, MM. Berger, Humbert, Pozzi et Richelot. Chacun d'eux fait des cours théoriques et pratiques qui sont gratuits. Toutefois les prosecteurs et les aides d'anatomie, ont la possibilité d'avoir un certain nombre d'élèves payants. Il serait préférable qu'on augmentât leurs traitements, afin qu'ils puissent se consacrer exclusivement aux étudiants qui travaillent sous leur direction. Cela serait d'autant plus juste que pour être admis dans les pavillons de dissection, les étudiants en médecine payent à la faculté 20 fr. pour la saison d'hiver et 10 fr. pour celle d'été.

LABORATOIRES

Laboratoires de la Faculté. *Histologie normale* : professeur, M. Ch. Robin; préparateur, M. Legros. Une fois par semaine, pendant l'hiver, démonstrations pratiques gratuites.— *Physiologie* : professeur, M. Béclard; préparateur, M. Muron.—*Anatomie pathologique* : professeur, M. Charcot; préparateur, M. Hayem. — *Pathologie expérimentale* : professeur, M. Vulpian, préparateur, M. Carville. — *Thérapeutique* : professeur, M. Gubler; préparateur, M. Laborde. — *Chimie biologique*: préparateur, M. Gautier. Ce dernier laboratoire n'a pu être ouvert jusqu'ici faute de fonds. — *Pharmacologie* : professeur M. Regnauld; préparateur, M. Hardy.

D'une façon générale ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements, et de la parcimonie des distributeurs du budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution; les préparateurs les aident de leurs conseils; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. Il y a encore le laboratoire de chimie de la faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Le Laboratoire, annexé aux cliniques de la Faculté à l'Hôtel-Dieu (1) continuera à fonctionner comme les années précédentes. Des démonstrations y seront faites régulièrement deux fois par semaine, pendant le semestre d'hiver. M. le professeur Béhier, faisant durant ce semestre, outre les interrogations quotidiennes et la clinique au lit du malade, une leçon spéciale à l'amphithéâtre : Les démonstrations du Laboratoire faites par M. E. Hardy, chargé des travaux chimiques et M. H. Liouville, chef du Laboratoire, porteront surtout sur des sujets concernant des malades qui ont pu être suivis à la clinique ou qui sont l'objet des leçons de M. le professeur Béhier.

Les élèves seront initiés à la pratique des autopsies, aux préparations histologiques, comme aux manipulations de la chimie appliquée à la médecine. De plus, le laboratoire est ouvert, sous la surveillance du chef-responsable, aux étudiants, internes et docteurs qui auraient des travaux particuliers à y faire.

Laboratoire des cliniques de la Charité. — Directeur : M. V. Cornil; aides : MM. Pozzi et Coyne.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

L'*Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux*, rue du Fer à Moulin n° 17, est destiné à l'étude pratique et théorique des sciences anatomiques. L'administration de l'Assistance publique y met à la disposition de ses élèves, internes et externes, des sujets pour la dissection, en hiver, et pour la médecine opératoire, au printemps, et des microscopes pour l'étude de l'histologie. Il y existe en outre, un musée d'anatomie normale et pathologique. C'est une sorte de compensation qu'elle leur offre en raison de la faible indemnité qui leur est allouée chaque année. Elle remplace l'argent par des moyens d'instruction.

Sur la proposition de M. le docteur Trelat, médecin de la Salpêtrière, et membre du conseil général de l'Assistance, le conseil municipal a voté l'année dernière, les fonds nécessaires pour la construction d'un laboratoire d'Histologie. Ce laboratoire rendra de grands services a ceux qui voudront s'occuper de cette science désormais indispensable. Nous devons être reconnaissants de cet effort à l'Assistance publique et nous avons lieu de croire que tout sera compris et exécuté d'une façon intelligente et utile jusque dans les plus petits détails.

Les pavillons de dissection de Clamart (c'est aussi le nom sous lequel on désigne l'amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux), sont ouverts depuis le 20 octobre sous la direction des prosecteurs. Pour y être admis à disséquer, il suffit de déposer sa carte dans les bureaux, *afin de s'y faire mettre en série*; généralement, on renouvelle les séries, chaque année au commencement de janvier. Les étudiants qui ne sont ni internes

(1) Ce Laboratoire, organisé en 1871, d'abord pour la clinique médicale, par l'initiative de M. le professeur Béhier et de M. Liouville, a été compris en 1873, au nombre des Laboratoires institués officiellement près des cliniques et devant desservir à la fois et le service de la chirurgie et celui de la médecine.

ni externes des hôpitaux peuvent cependant y travailler, en payant une faible indemnité.

M. le docteur Tillaux, professeur agrégé de la Faculté, et chirurgien de l'hôpital Lariboisière, est le directeur de l'amphithéâtre d'anatomie. Il lui est adjoint, comme administrateur, un économe, M. Allard. Les prosecteurs, nommés au concours sont MM. Terrillon et Marchand. M. Grancher, dirige le laboratoire d'Histologie.

Les cours théoriques commenceront mardi prochain, 4 novembre. M. le docteur Tillaux, fera cette année l'*Anatomie des régions ;* il traitera spécialement des régions de la tête, du cou, du thorax, des membres supérieurs, etc... En outre, si nous sommes bien informés, il exposera en quelques leçons; les principes de la chirurgie générale. Les cours auront lieu le mardi et vendredi à 1 heure de l'après-midi.

M. le docteur Terillon, est chargé du cours d'*anatomie descriptive*; il exposera la splanchnologie et les organes des sens. Cours, le lundi et le mercredi à 1 heure.

M. le docteur Marchand, fera un résumé de la *physiologie* de la digestion, de l'absorption, de la circulation, etc. Il se propose d'insister spécialement sur la physiologie de la circulation et des mouvements. Leçons, le mercredi et le samedi à 1 heure.

M. le docteur Grancher, chef de laboratoire d'Histologie, a traité l'année dernière, des éléments histologiques; il a exposé la structure des muscles, des vaisseaux, des poumons, du foie et des organes digestifs. Il commencera cette année par l'étude du système nerveux central et périphérique; il exposera ensuite la structure des reins, de la rate, des ganglions, etc., etc. Cours le mardi et le vendredi à 2 heures de l'après-midi.

Nous terminerons les renseignements que nous avons voulu donner cette année, aux jeunes étudiants par cette courte notice sur l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, en leur assurant qu'ils y seront accueillis avec bienveillance et qu'ils y trouveront de grandes facilités de travail.

Collége de France.

Laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des hautes études. — Directeur, M. Cl. BERNARD; directeur-adjoint, M. RANVIER; — répétiteurs, MM. DEBOVE, MALASSEZ, J. RENAUT. — Ce laboratoire est ouvert toute l'année de midi à 6 h. du soir. — On s'inscrit de 1 h. à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale, M. Cl. BERNARD, commencera son cours dans le courant de décembre.

Faculté des Sciences (Laboratoire de physiologie). — Chef du laboratoire : M. BERT, suppléé par M. GREHANT ; — Préparateurs, MM. JOLYET et T. BLANCHE.

HOPITAUX

HOTEL-DIEU. — *Médecins.* M. BÉHIER. Salles Ste Jeanne (H) et St-Antoine (F). Clinique de la Faculté. — M. GUENEAU DE MUSSY. Salles Ste-Agnès (H) et St-Bernard (F), samedi. M. FAUVEL. Salles St-Julien (H) et Ste-Anne (F), jeudi — M. TARDIEU. (Suppléé par M. Lancereaux). Salles Ste-Madeleine (H) et St-Landry (F); mardi. — M. MOISSENET. Salles Ste-Jeanne (H) et St-Roch (F), vendredi. Service des cholériques (femmes). — M. FREMY. Salles St-Lazare (H), St-Martine (F) et St-Raphaël (F), lundi. Nourrices. — M HÉRARD. Salles St-Benjamin (H), St-Louis (H), et St-Joseph (F), mercredi. Services des cholériques (hommes). M. Hérard fait interroger les malades par les élèves du service. M. OULMONT. Salles St-Ange-Gardien (H), Ste-Monique (F) et St-Marie. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Salle St-Pierre (femmes).

Chirurgiens. M. RICHET. Salles Ste-Marthe (H) et St-Charles (F), lundi et jeudi. Clinique de la Faculté, les mardis et samedis. —M. CUSCO. Salle St-Jean (H) et St-Paul (F), mardi et vendredi. Ophthalmologie et laryngoscopie, les jeudis. — M. GUÉRIN. Salles St-Côme (H) et St-Maurice (F), mercredi et samedi.

HOPITAL DES CLINIQUES. *Chirurgie :* M. BROCA. Visite le matin à 8 h. 1/2. Leçons cliniques : lundi, mercredi, vendredi à 10 heures. Consultations : mardi, jeudi, samedi. *Accouchements.* M. DEPAUL. Visite à 8 h. 1/4. Leçons cliniques : mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

HOPITAL DE LA CHARITÉ, rue Jacob. — *Médecins.* M. le professeur BOUILLAUD suppléé par M. BROUARDEL, agrégé; chef de clinique M. GRANCHER. (Salles St-Jean de Dieu et Ste-Magdeleine). Visite tous les matins à 8 h 1/2. Leçons cliniques les mardis, jeudis, samedis.

M. le professeur G. SÉE ; chef de clinique M. LÉPINE. (Salles St-Charles et Ste-Anne). Visite à 8 heures. Leçons cliniques les lundis, mercredis, vendredis.

M. PIDOUX, suppléé par M. CORNIL. (Salles St-Vincent et St-Félix). Examem au spéculum, le mardi. Visite à 8 h. 1/2.

M EMPIS. (Salles St-Michel et Ste-Marthe, actuellement consacrées aux cholériques). Visite à 8 heures. Interrogations par les élèves le samedi après la visite.

M. BOURDON. (Salles St-Basile, St-Louis et Ste-Julie. Accouchements et crèche). Visite à 8 h. 1/2. Interrogations par les élèves le jeudi.

M. BERNUTZ. (Salles St-Ferdinand et St-Joseph). Visite à 8 h. 1/2. Examen au spéculum le samedi. Leçons sur les maladies des femmes à partir du 15 novembre.

Chirurgiens.— M le professeur GOSSELIN. (Salles Ste-Vierge et Ste-Catherine). Visite à 8 h. Leçons cliniques et opérations les mardis, jeudis, samedis à 9 h. — M. TRÉLAT. (Salles St-Jean et Ste-Rose). Visite à 9 h. Leçon clinique et opérations le mercredi à 10 h. Examen à l'ophtalmoscope le vendredi.

HOPITAL DE LA PITIÉ — *Médecins.* M. MAROTTE (Salles Ste Rosaire et Ste-Atanase) : consultation le lundi. M. LORAIN (Salles Notre-Dame et Saint-Michel : Consultation le jeudi. M. GALLARD (Salles Ste-Geneviève et Ste-Marthe). Consultation le mardi. — M. Gallard reprendra ses *leçons cliniques* à l'amphithéâtre n° 2 au commencement de novembre. La date sera fixée ultérieurement. *Examen* des malades par les étudiants.— M. VULPIAN (Salles Ste-Claire et St-Raphaël). Consultation le mercredi. — M. LASÈGUE (St-Charles et Saint-Paul). Consultation le vendredi. Cliniques les mardis, jeudis et samedis. M. Lasègue commencera ses leçons le *jeudi* 6 novembre. Le *mardi* sera spécialement cousacré à des *conférences cliniques* faites par les élèves du service.

M. DESNOS (Ste-Eugénie et St-Benjamin.) Consultation le samedi. — *Examen* particulier des malades par les élèves.

Chirurgiens. — M. VERNEUIL (St-Augustin et St-Louis). Cliniques les lundis, mercredis et vendredis. Consultation les mardis, jeudis et samedis. — M. LABBÉ (St-Jean et St-Gabriel. *Opérations* le samedi. Consultations les lundis, mardis et vendredis. Examen particulier des malades par les élèves.

Le laboratoire, qui se trouve au 2e étage dans le bâtiment du milieu, est dirigé par M Nepveu, chef du laboratoire.

HOPITAL NECKER, rue de Sèvres 151. *Médecins.* M. POTAIN. (Salles St-Louis et Ste-Anne), visite à 9 heures. Examen des nouveaux le vendredi. — Spéculum, le mardi. Un pavillon de la salle St-Louis est actuellement consacré aux cholériques (hommes).

M. CHAUFFARD, [Salles St-Luc, Ste-Cécile, (nourrices et femmes en couches), Ste-Eugénie, (actuellement réservée aux cholériques (femmes).] Visite à 9 heures.

M. LABOULBÈNE. (Salles St-André, Ste-Eulalie, Ste-Thérèse). — Leçons au lit du malade, interrogations par les élèves. — Spéculum les vendredis. Visite à 8 heures et demie. M. DELPECH. (Salles St-Ferdinand et Ste-Adélaïde). — Spéculum le jeudi. Visite à 8 heures et demie.

Chirurgiens. — M. DÉSORMEAUX. (Salles St-Pierre et Ste-Marie). Spéculum, le samedi. Visite à 8 heures un quart. Lundis et jeudis à 10 heures examen à *l'Endoscope.* — M. GUYON. (Salles St-Jean, St-Paul, Ste-Pauline). — Opérations le jeudi. — Fondation Civiale pour les *maladies des voies urinaires* ; salle St-Vincent; leçons au lit du malade et opérations les samedis. Le *musée Civiale* est ouvert tous les jours pendant la visite.

HOPITAL-BEAUJON, rue du Faubourg Saint-Honoré, 208. — *Médecins.* M. GUBLER (salles St-Louis H.: Ste-Marthe F.;) visite à 8 h. 1/2. — M. Matice suppléé par M. RIGAL, (salles Beaujon H.; Ste-Monique F.; Ste-Hélène, crèche et accouchements), visite à 8 h. 1/2. — M. MOUTARD-MARTIN, (salles St-François H.; Ste-Claire F.;) visite à 8 h. 3/4. Interrogatoire des malades par les élèves. — M. Axenfeld suppléé par M. FERNET, (salles St-Jean H.; Ste-Paule F.;) visite à 8 h. 3/4. Interrogatoire des malades par les élèves. — Traitement de la teigne les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2 ; M Fernet.

Chirurgiens. M. LEFORT: 2e et 4e pavillons. Opérations le mercredi à 9 h. 1/2. — M. DOLBEAU : 1er et 4e pavillons. Opérations le jeudi à 9 h. 1/2.

On termine en ce moment d'importantes constructions comprenant : habitations pour tous les internes, amphithéâtre pour les autopsies, laboratoire dit de physiologie et d'histologie, attenant à la salle d'autopsies.

HOPITAL DE LA RIBOISIÈRE, Clos St-Lazare. Médecins, MM. GUYOT, (Salles Sainte-Elisabeth et Saint-Henri), visite à 8 heures. — JACCOUD, (Sainte-Claire et Saint Jérome); 8 heures 1/2. — MILLARD, (Sainte-Joséphine et Saint-Vincent); 8 heures 1/2.— REYNAUD;— WOILLEZ, (Sainte Marie et Saint-Charles); 8 heures 1/2. — Chirurgiens, M. PANAS. (Ste-Marthe, St-Ferdinand, St-Honoré) ; 9 heures. — Clinique ophthalmologique pendant l'été ; opérations le jeudi, visite à 8 heures 1/2 — M. TILLAUX, (Ste-Jeanne, St-Louis et St-Augustin), examen des malades par les élèves ; opérations le mercredi.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, boulevard de l'Hôpital, 7. Médecins, M. CHARCOT, (service des incurables épileptiques non aliénés, infirmerie).

M. Charcot se propose de faire prochainement, une fois par semaine des

démonstrations cliniques. — M. LUYS. Médecins aliénistes : MM. DELASIAUVE, MOREAU (de Tours), TRÉLAT père, Auguste VOISIN. — Chirurgien, M. MEUNIER.

HOPITAL SAINT-ANTOINE, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine. — *Chirurgiens*. M. DUPLAY. (Salles St-Barnabé et Ste-Marthe). Consultations : lundi, mercredi, vendredi. — *Maladies des yeux et des oreilles* le jeudi. — Leçons cliniques dont nous annoncerons ultérieurement l'ouverture. — M. Benjamin ANGER. (Salle St-Christophe et Ste-Madeleine). Consultations : mardi, jeudi, samedi.

Médecins. M. GOMBAULT, (Salles St-Eloi et Ste-Geneviève). Consultations : lundi; maladies des femmes le jeudi. — M. MESNET. (Salles St-Hilaire et Ste-Cécile). Consultation le mardi. — M. CADET-GASSICOURT. (Salles St-Lazare, Ste-Jeanne et Ste-Marie : Nourrices). Consultation le mercredi. — M. ISAMBERT. (Salles St-Augustin, Ste-Adélaïde et Ste-Marguerite. Accouchements). *Laryngoscope* le samedi. Consultation le jeudi. — M. DUMONTPALLIER. (Salles St-Louis et Ste-Thérèse). Consultation le vendredi. — M. PETER. (Salles St-Antoine et Ste-Agathe). Consultation le samedi. — M. Peter reprendra prochainement ses cliniques.

HOPITAL SAINT-LOUIS, rue Bichat, 40. — *Médecins*. M. HARDY, (salles St-Jean et St-Ferdinaud)—accouchements. (Consultations le jeudi. Visite à 9 h. — M. LAILLIER, (salles St-Mathieu et Ste-Foy, cholériques). Consultation le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. — M. HILLAIRET, [salles Henri IV (1 à 45) et St-Louis (1 à 19 — 58 à 75) pavillon Gabriel]. Consultation le mardi. Visite à 9 h. — M. VIDAL, (salles St-Louis (19 à 58 et St-Thomas (moitié). Consultation le samedi. Visite à 9 h. — M. GUIBOUT, (salles St-Charles et Henri IV (41 à 71). Consultation le vendredi. Clinique de maladies des femmes le lundi. Visite à 8 h. 1/2. — M. BESNIER, (Salles St-Thomas (moitié) et St-Léon). Consultation le lundi. — *Chirurgiens*. M PÉAN, (salles St-Augustin H.; (11 à 69) et Ste-Marthe F. (moitié). Consultation les lundi, mercredi et vendredi. Opérations et clinique chirurgicale le samedi. — M. CRUVEILHIER, (salles St-Augustin (2e moitié) Ste-Marthe, tous les hommes et la moitié des femmes). Consultation les mardi, jeudi et samedi. — Le *Musée* de l'hôpital estouvert tous les matins de 8 à 11 h. Il renferme des dessins, des lytbographies et surtout des moulages artistement faits par M. Baretta, relatifs aux *maladies de la peau*, maladies auxquelles l'hôpital St-Louis est spécialement affecté.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres. — *Médecins* : M. ROGER. (Salles St-Louis et Ste-Geneviève); visite à 8 heures et demie. Clinique complémentaire de la Faculté, les mardis et jeudis. — Leçons au lit des malades les samedis. — Consultation le jeudi. — M. LABRIC : (Salle St-Jean); visite à 8 heures et demie; consultation le vendredi. — M. BOUCHUT : (Salle Ste-Catherine); visite à 8 heures et demie; consultatiou le lundi; leçon au lit du malade, le mardi.

M. ARCHAMBAULT : Maladies chroniques. Salles St-Marcou, Ste-Marie, Ste-Elisabeth (teigne); visite à 9 heures; consultations des maladies aiguës le mardi; des maladies chroniques le jeudi. — M. J. SIMON : Maladies chroniques. (Salles St-Ferdinand, St-Joseph (teigne). Visite à 8 heures et demie; consultation des maladies aiguës le samedi; des maladies chroniques le lundi. — Salles St-Vincent et Ste-Luce, actuellement réservées aux cholériques.

Chirurgien.— M. DE SAINT-GERMAIN. [(Salles Ste-Pauline, St-Côme,] St-Augustin, Ste-Thérèse (les deux dernières spéciales aux maladies des yeux). Visite à 8 heures et demie; consultation tous les jours excepté le jeudi.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE, rue de Charenton, 208. — *Médecins* : M. BARTHEZ, (salles Ste-Mathilde G; — St-Benjamin F.) Visite à 8 h. — Enseignement clinique aux lits des malades. — M. BERGERON, (salle St-Joseph G;) visite à 7 h. 3/4. — Enseignement clinique aux lits des malades. — M. TRIBOULET, (salle Ste-Marguerite, F;) visite à 8 h. — Enseignement clinique aux lits des malades.

Chirurgien : M. SÉE, (salles Napoléon, G; Ste-Eugénie, F;) visite à 8 h. 1/2. — Opérations, lundi et jeudi;

Tous les jours consultations de médecine et de chirurgie. — Consultation de la teigne, le mardi et le samedi.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS, rue d'Enfer 100; — Médecin, M. PARROT. Visite à 8 h. 1/2. Si nos renseignements sont exacts, M. Parrot se proposerait de faire dans le courant de l'année scolaire, des leçons cliniques : ce serait là une bonne fortune pour les étudiants laborieux. — Chirurgien, M. GUÉNIOT.

HOPITAL COCHIN. *Médecin* : M. BUCQUOY; visite à 8 heures 1/2; leçons de clinique médicale à partir de janvier. — *Chirurgien* : M. A. DESPRÈS; visite à 8 heures 1/2. — Il existe à Cochin un beau service d'*accouchements* qui est dirigé par M. POLAILLON. Malheureusement, l'Administration de l'assitance publique en a, jusqu'ici, refusé l'entrée aux étudiants en médecine. C'est là une mesure regrettable an point de vue de l'enseignement pratique. Il est à souhaiter que cette interdiction soit levée.

HOPITAL DE LOURCINE, rne de Lourcine, 95. — Médecins, MM. A. FOURNIER et BLACHEZ; — Chirurgien, M. DUBRUEIL. Cet hôpital, consacré spécialement aux femmes atteintes de maladies vénériennes, n'est ouvert qu'aux étudiants munis d'une autorisation. Tous les ans M. Alfred Fournier y fait un cours très-suivi, pendant l'été.

HOPITAL DU MIDI, Boulevard Port-Royal. — Médecins, MM. MAURIAC et SIMONNET; — Chirurgien, M. HORTELOUP.

ASILE SAINTE-ANNE. (Hôpital clinique d'aliénés), rue Ferrus, 2. Médecins en chef, MM. P. LUCAS et DAGONNET. — Médecins du bureau d'admission, MM. BOUCHEREAU et MAGNAN.

HOSPICE DE BICÊTRE (*Vieillesse hommes*). — Médecin de l'infirmerie : M. PAUL CONSTANTIN. — *Médecins aliénistes* : MM. FALRET, LEGRAND DU SAULLE, BERTHIER. — *Chirurgien* : M. LANNELONGUE.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Anatomie. M. le Dr. LASKOWSKI a commencé son cours d'anatomie descriptive et des régions le lundi 20 octobre à midi et demi (amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique) et le contínne tons les jours à la même heure. Ce cours, qui comprendra toute l'anatomie descriptive et des principales régions sera terminé, à la fin de mars. Toutes les démonstrations seront faites sur des pièces fraîches ou conservées et les élèves seront exercées dans les dissections sous la direction du professeur, tous les jours jusqu'à quatre heures (Pavillon VII). — On s'inscrit tous les jours de 4 à 5 heures; 78, rue des Saiut-Pères.

Cours d'anatomie. — M. le docteur FORT a commencé un *cours public d'anatomie et de physiologie*, le mercredi 15 octobre, à 8 heurcs du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continue les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

M. FORT a recommencé ses *cours particuliers* le luudi 20 octohre. Il y fait *deux leçons* par jour, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphitbéâtre n° de l'école pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections*. — Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser, tous les matins, rue Caumartin, 12.

Thérapeutique, Chimie, Histoire naturelle médicales. M. le Dr MARTIN-DAMOURETTE a commencé ses cours le mercredi 1er octobre, à une heure, place de l'Ecole de médecine, 17.

Maladies des voies urinaires — M. le docteur RELIQUET commencera son cours le lundi 10 novembre à sept heures, dans l'amphithétâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Maladies des voies urinaires. M. le docteur MALLEZ a commencé des conférences thérapeutiqnes sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 20 octobre, à midi et demi, à sa clinique, rue Christine, n° 1. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Accouchements. — M. le Dr VERRIER reprendra son cours d'accouchements et de manœuvres le lundi 13 octobre, à 3 heures, à son amphithéâtre, 29, rue Monsieur-le-Prince. Leçons tous les jours, les mercredis exceptés. Policlinique sans frais supplémentaires. On s'inscrit, 39, rue Monsieur-le-Prince, chez le concierge.

Maladies des yeux. — MM. ABADIE, DESMARRES, FANO, GALEZOWSKI, MEYER, SICHEL, WECKER, PIECHAUD.

Maladies du larynx. — MM. FAUVEL, KRISHABER, MANDL.

Maladies vénériennes. — MM. SIMONNET, VÉRITÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

La *Société de Biologie* tient ses séances tous les samedis, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine (*École pratique*), dans un local qui est loin d'être en harmonie avec son importance scientifique. Ses travaux embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont intérêt à suivre les séances de cette Société.

Séance du samedi 19 Octobre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. HÉNOCQUE vient faire une communication nouvelle sur la pénétration dans les cartilages, des substances colorantes, pulvérulentes et non dissoutes. Les expériences précédentes ont démontré qu'il existait un passage, par où pénétraien les substances injectées : il s'agit aujourd'hui de démontr quel peut être ce passage.

D'après M. Hénocque, le cartilage doit être considéré comme un tissu interstitiel, lamellaire, très-analogue à celui qui constitue la cornée; il serait formé par des faisceaux, entre lesquels existeraient des lacunes. Depuis longtemps déjà on a décrit des striations autour des chondroplastes, dans le cartilages de la raie; et des discussions nombreuses se sont autrefois élevées, au sujet de leurs rapports avec les cellules.

En traitant ce cartilage par le chlorure d'or, on peut constater une série de vacuoles où le sel se dépose, et il se forme comme un système de lacunes, communiquant les unes avec les autres.

Des préparations analogues ont été faites avec le cartilage du lapin ; les mêmes résultats ont été obtenus. A un fort grossissement, on aperçoit des espèces de travées, des colonnes, offrant de grandes ressemblances avec celles des tendons ; les cellules du cartilage les entourent, ou même se voient dans leur épaisseur dès le cinquième mois on les trouve également chez le fœtus ; les chondroplastes, munis de prolongements très-grêles, étalés en formes d'étoiles, paraissent s'anastomoser entre eux.

En résumé, le cartilage est formé par des lames, entre lesquelles se trouvent les cellules ; de telle sorte que tout procédé qui pourra écarter ces lames, démontrera l'existence de lacunes et de vacuoles, où s'accumulent les substances colorantes. Aux divers moyens que nous venons d'indiquer nous pourrons ajouter un procédé tout physiologique, et dans la prochaine séance je montrerai que l'inflammation, en multipliant les cellules, révèle aussi l'existence de ces lacunes.

M. Hayem. Voici des pièces provenant d'une femme morte subitement avec une rupture du cœur ; elle était âgée de quarante ans, et n'avait jamais eu de rhumatismes. Elle nous arriva avec un œdème très-prononcé, de la dyspnée, de la cyanose. Nous pouvions constater en même temps de la matité cardiaque, et un souffle doux au premier temps et à la pointe ; les urines étaient albumineuses.

Dès le troisième jour, après son entrée l'amélioration était très-sensible : l'état général était bon, lorsque, s'étant assise sur son lit, pour causer avec une malade, elle tomba morte.

A l'autopsie nous avons trouvé une hypertrophie générale du cœur, qui, débarrassé des caillots qu'il contenait, pesait 645 grammes. La valvule mitrale était épaissie, indurée ; les cordages tendineux étaient rétractés. Mais la lésion la plus remarquable se trouvait dans l'oreillette gauche. Au niveau de la valve postérieure de l'orifice mitral, la paroi était déchirée ; mais la rupture était incomplète, et ne comprenait que l'endocarde et le tissu cellulaire qui le double, dans l'étendue de 6 à 7 centimètres environ. Les fibres musculaires un peu tiraillées n'étaient nullement rompues. Dans le fond de la plaie se trouvait du sang coagulé.

Les morts subites ne sont point rares dans les maladies du cœur ; mais si les cas en sont fréquents, les causes que l'on invoque sont loin d'être toujours bien prouvées. Aussi puis-je hasarder une hypothèse. On sait qu'au niveau du point où existait la rupture, les fibres nerveuses et les ganglions sont nombreux : ne pourrait-on pas admettre un arrêt subit du cœur, provoqué par le retentissement dû à la rupture de ces filets et de ces ganglions ? Je risquerai encore une seconde hypothèse sur la cause, non plus de la mort subite, mais de la rupture de la paroi auriculaire. J'ai traité ma malade par l'emploi de la digitale ; ne se pourrait-il pas que ce médicament ait amené, grâce à l'hypertrophie du cœur, une tension telle, qu'un point moins résistant des parois de l'organe ait cédé en produisant une rupture incomplète ? Dans l'hypothèse que je viens d'émettre il serait bon, lorsque l'hypertrophie du cœur est considérable, de surveiller l'emploi de la digitale. Il ne faudrait l'administrer que lorsque la tension du sang est basse, ce dont on peut se rendre compte par la quantité d'urine excrétée. Ne sait-on pas que chez les malades surmenés, le repos au lit suffit parfois pour donner à la circulation une plus grande activité ?

M. Poncet. Je viens d'étudier, au laboratoire du Collége de France, les décollements de la rétine. Je propose d'admettre quatre degrés de décollements. Dans un premier degré, il n'existe pas de déformation, et le décollement est produit par une très-légère couche de liquide, interposée entre la rétine et la choroïde. J'ai pu étudier cette première variété, inconnue jusqu'à présent, grâce à la coagulation du liquide par le réactif de Müller. Le deuxième degré est caractérisé par un plissement de la rétine. Dans le troisième degré, le liquide a écarté l'une de l'autre, la choroïde et la rétine, de telle sorte que cette dernière, refoulée en avant, prend la forme d'une cupule. Enfin, dans un quatrième degré, le liquide infiltre la choroïde elle-même.

M. Chatin fils, expose le résultat de ses études sur les glandes anales des mustélidées.

M. Rabuteau. Je voudrais revenir sur la communication de M. Hayem. On sait que la digitale produit la tension sanguine, invoquée par M. Hayem, en agissant sur les fibres lisses des vaisseaux. Les fibres lisses se contractent, et le sang s'accumule au devant de cet obstacle. Aussi est-il facile de comprendre qu'à dose médicamenteuse, la digitale amène la tension du sang, et par conséquent une excrétion plus grande de l'urine ; tandis qu'à dose toxique, elle produira l'anurie. En effet, l'excitation de la tunique moyenne des artères est trop forte, sa contraction trop énergique ; et le sang n'arrive aux reins qu'en trop petite quantité. Ces faits sont connus ; mais un point qui me paraît nouveau, est le suivant. J'ai empoisonné un chien par des doses faibles, mais souvent répétées, de poudre de digitale. Je l'ai sacrifié au bout de trois semaines, et j'ai trouvé un commencement de dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de cet organe. Je n'ai pu encore répéter l'expérience, mais j'appelle sur ce point l'attention des physiologistes et des cliniciens. Peut-être l'asystolie provient-elle dans certains cas de l'emploi exagéré de la digitale.

M. Carville. Je ferai de nombreuses réserves sur les théories émises par M. Rabuteau. Dans ses leçons, M. Vulpian nous a bien souvent répété que beaucoup de questions relatives à la digitale, étaient encore fort obscures ; et qu'à ce sujet toute affirmation serait téméraire. Je ne crois pas que M. Rabuteau puisse citer une expérience, une seule, à l'appui de la théorie qui explique la tension sanguine plus grande, par la contraction des fibres musculaires artérielles.

M. Hayem. Je me joins à M. Carville, pour trouver trop affirmatives les paroles de M. Rabuteau. On a voulu étudier l'influence de la digitale sur les fibres lisses de la grenouille. Leur contraction a été constatée ; mais que peut-on en induire ? Ne voit-on pas que le moindre attouchement, la moindre irritation, le seul contact de l'air, suffit pour amener le rétrécissement du calibre des vaisseaux ? Jusqu'à présent les difficultés expérimentales ont été insurmontables : il en est de même en clinique, et les faits observés sont trop complexes pour qu'on puisse les analyser.

Je n'ajouterai qu'un mot sur le « fait nouveau » que M. Rabuteau signale. Il a trouvé sur un chien empoisonné par la digitale, un commencement de dégénérescence graisseuse des fibres du cœur. Mais M. Rabuteau n'ignore certainement pas qu'il est exceptionnel de rencontrer, dans le cœur des chiens, des fibres musculaires sans granulations graisseuses. Aussi doit-on faire de grandes réserves, et n'affirmer que lorsque la dégénérescence est des plus prononcées.

P. Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances de l'Académie de médecine ont lieu tous les mardis à 3 heures, 39, rue des Saints-Pères.

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Depaul.

L'académie a reçu plusieurs correspondances à propos du choléra. M. Latapie (de Lourdes) pense que le choléra est un poison qui passe dans le corps par les voies digestives, s'y développe, et en est rejeté avec les matières fécales, qui conservent des propriétés toxiques que l'on pourrait détruire en les plongeant dans l'eau bouillante. — M. Danet transmet l'observation d'un cas de choléra arrivé à la période algide qui fut guéri par l'administration d'une potion contenant 2 gr. d'hydrate de chloral (?).

M. Delpech. L'épidémie cholérique après quelques oscillations a subi une décroissance marquée. Du 21 au 27 octobre inclusivement il n'y a eu que 27 décès, au lieu de 57 qui avaient été constatés dans la période précédente. Il est entré 24 cas dans les hôpitaux civils au lieu de 45, il y a eu 7 cas intérieurs et 13 décès, en ville 13 décès également et un dans les hôpitaux militaires.

M. Davaine répond à quelques objections selon lui mal fon-

dées et énoncées par M. Colin dans son travail *sur les matières putrides et sur les septicémies*. Il combat surtout le reproche qu'on lui a adressé de n'avoir pas fait un nombre suffisant d'expériences et d'avoir employé de mauvais procédés.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *choléra et les diarrhées cholériques*.

M. Chauffard est partisan de la doctrine de la *conférence sanitaire de Constantinople*, soutenue récemment par M. Fauvel. Cette doctrine n'a pas été attaquée et n'est pas à défendre. M. Jules Guérin, en effet, au lieu de la combattre, lui a opposé des conceptions dogmatiques, mais les faits d'importations sont nombreux, évidents, parlent eux-mêmes et refoulent bien loin la théorie de la spontanéité.

La plupart des auteurs admettent que, produits par des causes différentes, le choléra épidémique et le choléra sporadique ont une similitude complète dans leurs symptômes et dans leur marche Tel n'est pas l'avis de l'orateur et quand les symptômes seraient les mêmes, est-ce une raison pour dire que la maladie est la même? Que de causes diverses produisent les névralgies et pourtant le symptôme affectif est toujours le même. L'identité des deux choléras a été surtout affirmée à cause de la similitude qu'ils présentent dans la période algide, or précisément cela à peu d'importance puisque l'algidité, cyanique se montre dans toutes les maladies intestinales, quelle que soit leur nature, qui prennent une marche rapide. N'a-t-on pas, en effet, des choléras stibiés, des choléras herniaires, des choléras de fièvres intermittentes, etc, etc., dans tous ces cas la période algide est la même. En revanche, la période prodomique et la période de réaction sont tout-à-fait dissemblables. Dans le choléra sporadique, la diarrhée est toujours produite par des circonstances individuelles, souvent provoquées et faciles à constater, le froid, les excès de boissons, etc., etc., dans le choléra épidémique rien de pareil. Souvent, il est vrai, les excès appellent le mal, mais souvent aussi la diarrhée vient sans cause, brusquement, précède de peu de temps les symptômes graves; souvent aussi elle n'existe pas et la maladie éclate de suite dans toute son intensité.

La période de réaction dans le choléra sporadique est facile, modérée, les sueurs peu abondantes, le sommeil réparateur, enfin comparable en tout à celle qui suit un accès de fièvre intermittente. Dans le choléra épidémique, elle est longue, compliquée, oscillante, congestive, souvent elle prend des caractères typhiques et d'adynamie profonde, d'autres fois au lieu d'une mortelle inertie, elle se complique de délire, convulsions, ataxie, éruptions cutanées, les vomissements reparaissent et le malade meurt. Jamais on ne remarque ces phénomènes dans la période de réaction du choléra sporadique.

L'identité n'existe donc pas entre les deux maladies. Il n'est pas non plus possible de comparer les diarrhées qui précèdent le choléra sporadique à celles qui précèdent le choléra épidémique, ces dernières sont toxiques, contagieuses, les autres ne le sont pas. Enfin le traitement vient souvent et facilement à bout des premières, tandis que, le plus souvent et il est impuissant contre les secondes.

M. J. Guérin. n'avait pas répondu à M. Fauvel, ne trouvant pas son argumentation sérieuse. Mais celle de M. Chauffard ayant été des plus courtoises, il lui répondra quand reviendra son tour de parole. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Cette société, l'une des plus anciennes de Paris tient ses séances tous les vendredis à 3 heures à l'école pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux et que sont apportées toutes les pieces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités.

Séance du 18 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Voici la liste des autres communications faites dans cette séance : *Tumeurs cancéreuses* multiples des os et des viscères ; fractures spontanées du col du fémur et d'une côte, par Porak ; — *Symptômes de péritypblite* chronique; phlegmon péri-utérin ouvert simultanément à l'extérieur, dans le cœcum et la vessie, etc., par Darat; — Cachexie et mal de misère ; érythème des mains analogue à celui de la pellagre, tuberculose, par Liouville ; — *Tumeurs ganglionnaires* multiples développées sans altération de la santé appréciable ; état caséeux et fibreux des tumeurs, par Terrillon.

22. Sur des altérations des os, d'apparence strumeuse, observées chez un enfant tuberculeux d'un an, par M. J. Parrot, médecin des hôpitaux.

Un garçon âgé d'un an, est admis à l'infirmerie de l'hospice des Enfants Assistés le 1er juillet 1873. — Il est très-chétif et porte de nombreuses marques de scrofule. Ce sont : 1° Sur la joue gauche une plaque violacée, avec des lignes blanches cicatricielles, et plusieurs petits pertuis, d'où s'échappe une matière séro-purulente. 2° à la main droite, au niveau du second métacarpien et des deux dernières phalanges du medius, une tuméfaction très-dure et profonde; en ce point, la peau est gonflée, violacée, ulcérée, et par un trajet fistuleux, on arrive jusqu'aux os altérés. 3° à la face dorsale du pied gauche une lésion semblable. De l'iodure de potassium est prescrit à la dose de 25 centig. par jour.

Le 13. On trouve sur les fesses au voisinage de l'anus, de petites plaques rouges, légèrement saillantes.

La mort a lieu le 15, après des convulsions qui avaient duré pendant une heure. — Depuis trois jours l'enfant mangeait beaucoup moins que de coutume.

Autopsie faite 9 h. après la mort. — Dans les deux *poumons*, dans les ganglions des bronches, de la trachée et dans ceux du cou, on trouve des granulations grises, et des noyaux caséo-plâtreux; sur la muqueuse intestinale, quelques ulcérations tuberculeuses.

Sur le *frontal gauche*, au-dessus du bord orbitaire, un peu en dehors, on voit une rainure de 2 cent. de long sur 3 mill. de large et 2 de profondeur. Autour d'elle l'os est injecté, plus mou et plus poreux que sur les parties saines. Elle est remplie par un tissu assez résistant et que par la traction on enlève en une seule masse cylindroïde.

A la périphérie ce tissu a une teinte ambrée il est un peu transparent et d'aspect fibroïde. Ses parties centrales sont caséeuses. — Un examen rapide pratiqué sur des fragments détachés avec des ciseaux courbes fait voir, des amas de cellules et de noyaux en prolifération, circonscrits par des faisceaux de tissu fibreux.

Le *cubitus gauche* est fusiforme et très tuméfié à son tiers moyen, sur une hauteur de 3 cent. environ. le périoste y est épaissi et sa paroi. flexible y est criblée d'orifices, dont l'un a 4 millim. de diamètre. — Une coupe faite suivant l'axe diaphysaire, montre qu'au niveau de la partie tuméfiée, le canal médullaire considérablement élargi, est rempli par une matière semblable à celle trouvée dans la rainure du frontal, et munie de prolongements, qui pénètrent le tissu osseux très-raréfié et que nous avons vus apparaitre par les orifices signalés à la périphérie.

Le *cubitus droit* présente la même lésion que le précédent, mais dans sa moitié inférieure, où il a subi une augmentation de diamètre très-considérable Il a en effet 11 millim. tandis que l'os du côté gauche n'en a que 5.

Le 3me *métatarsien* du côté gauche est lésé comme les deux os dont il vient d'être parlé, mais d'une manière beaucoup plus prononcée. En avant et en haut il a subi sur toute sa largeur une perte de substance assez irrégulière, d'un cent. de long environ. La cavité produite de la sorte, est remplie par un tissu fibroïde floconneux et par une matière ressemblant à du pus caséeux coloré par le sang.

A la main droite le 2° métacarpien et la 1° phalange sont altérés comme le troisième métatarsien.

Le tissu osseux y est rugueux et jaunâtre ; le périoste très-adhérent.

La masse caséeuse que l'on trouve dans ces divers os est assez tenace.

Il s'y trouve une sorte de charpente fibreuse, et en certains points de petites esquilles.

Ces séquestres ne présentent, à aucun degré les altérations de la carie.

La substance molle, de couleur jaunâtre, est constituée par de la graisse et des débris de cellules et de noyaux.

Le tissu fibroïde, d'apparence gélatiniforme qui entoure les

amas caséeux, en lesquels il dégénère, est assez variable, suivant les points où on l'examine. Nous avons déjà dit par quels éléments il nous a paru constitué sur le cylindre contenu dans la rigole du frontal. — Sur les cubitus, il présente d'autres éléments.

Ce sont : 1° des myéloplaxes, qui ont parfois des dimensions considérables, et qui, par leur abondance en certains points, semblent constituer la masse du néoplasme. 2° Des corps fusiformes très volumineux et très allongés, munis le plus souvent d'un noyau ovalaire, avec un nucléole, qui rappelle celui des myéloplaxes, ces corps prédominent dans quelques régions. Leurs dimensions sont d'autant plus considérables, qu'on les examine plus près des parties en voie de régression caséeuse. Enfin, sur des coupes faites avec des ciseaux courbes, on voit dans le tissu gélatiniforme, circonscrits par des faisceaux fibreux à noyaux apparents ou par des amas de corps fusiformes, des surfaces arrondies, obscures, formées par une fine poussière granuleuse ou granulo-graisseuse qui masque des amas considérables de petites cellules sphéroïdales à noyaux volumineux.

Comme on le voit, il s'agit au point de vue clinique, de lésions scrofuleuses des os et de la peau chez un enfant tuberculeux.

La lésion osseuse, morphologiquement doit être rapportée à ce que les auteurs anciens et Boyer, décrivaient sous la dénomination de spina-ventosa.

Histologiquement, il est très malaisé de qualifier la lésion ; car, suivant la région que l'on considère, l'on pourrait croire que l'on a affaire, soit à un tissu à myéloplaxes, et telle a été notre première impression, que d'ailleurs nous avons dû modifier après un examen plus complet ; soit à des granulations tuberculeuses, soit à de petites productions gommeuses. — Et nous confessons avoir pour cette dernière hypothèse une certaine tendance, nous rappelant l'aspect que présentent chez les très jeunes enfants atteint de syphilis héréditaire, certaines dégénérations gélatiniformes du tissu spongieux des os longs.

Mais il est difficile de se prononcer avant d'avoir étudié les altérations des os sur des coupes faites après macérations dans des réactifs appropriés. Et si nous avons prématurément communiqué ces détails, c'est que nous ne voulions pas laisser s'altérer des pièces que nous rencontrons très-rarement chez des enfants de l'âge de notre petit malade ; et que nous tenions à signaler cette abondante production de myéloplaxes, qui a particulièrement appelé notre attention.

M. Cornil. Les lésions que vient de décrire M. Parrot s'observent également chez l'adulte dans les os des mains et des pieds, surtout au niveau des phalanges ; elles sont tout à fait comparables. On peut les considérer comme étant le fait d'une ostéite fongueuse commune aux adultes et aux jeunes sujets. il se fait des végétations intra-médullaires qui ne tardent pas à perforer l'os en suivant les canalicules de Havers, et qui se terminent par la formation de trajets fistuleux.

Ce que la pièce de M. Parrot présente de peu ordinaire, c'est la présence des foyers caséeux circonscrits dans l'intérieur de la substance osseuse. C'est là, je crois, la conséquence de la structure du tissu osseux dans le très-jeune âge Les myéloplaxes y sont fort abondants, et ils subissent une prolifération active toutes les fois qu'ils sont l'objet d'une irritation chronique : une inflammation aiguë au contraire donne lieu à une formation de cellules embryonnaires plus petites, à ce qu'on a appelé des *myélocytes*. Le développement des myéloplaxes indique donc simplement une ostéite fongueuse à marche subaiguë.

Une seconde différence avec l'ostéite des adultes, c'est l'existence d'un foyer unique, tandis que chez les adultes l'inflammation se diffuse, et s'accompagne de nécrose des trabécules osseuses, qui s'éliminent avec le pus. Ici, on ne trouve point de nécrose, parce que les trabécules osseuses à cet âge se résorbent rapidement et dans leur totalité.

M. Parrot. S'il s'agissait d'une lésion inflammatoire, on ne trouverait pas exclusivement des myéloplaxes ; or, l'examen des différentes pièces n'a jamais donné d'autre résultat, et sur certains points on reconnait manifestement que ce sont ces éléments qui subissent directement la dégénérescence graisseuse ; il n'y a pas de globules de pus. Je persiste donc à voir là des tumeurs spéciales non inflammatoires.

M. Cornil. Un examen ultérieur, après durcissement des pièces, sera nécessaire, mais je crois que les arguments que je viens de présenter à l'appui de la nature inflammatoire des lésions gardent leur valeur.

Académie des sciences (A l'Institut), quai Conti. Séances le lundi de 3 à 5 heures.

Société médicale des hôpitaux, rue de l'Abbaye, 3. Séances le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, à 3 heures et demie.

Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3. Tous les mercredis à 3 heures et demie.

Société médico-psychologique, à la Faculté. Le dernier lundi de chaque mois, à 4 heures.

Société de médecine légale, à la Faculté. Le 2e lundi de chaque mois, à 3 heures et demie.

Société d'anthropologie, rue de l'Abbaye, 3. Séances le 1er et le 3e jeudi de chaque mois.

CORRESPONDANCE

Le Choléra à Caen

Caen, le 25 octobre 1873.

..... Notre ville a été douloureusement éprouvée par le choléra. Le premier cas fut constaté le 17 août. L'épidémie sévit avec assez de rigueur dans les premiers jours de septembre, mais ce fut surtout vers la fin de ce mois, que le fléau commença à atteindre la plus grande intensité. Une panique affreuse s'empara des esprits et nos campagnes où quelques cas isolés s'étaient montrés (excepté à Garcelle et à Ifs où le cas avaient été assez nombreux et répétés) étaient affolées. Nos marchés devinrent déserts et je suis sûr que notre population urbaine diminua de 6 à 7,000 personnes.

Du 1er au 20 octobre le nombre des décès atteignit 20 en moyenne chaque jour. Nous avons eu l'avant dernière semaine 119 décès ... L'épidémie a envahi à peu près tous nos quartiers, mais, à de rares exceptions près, n'a atteint que les gens pauvres, malingres, adonnés à l'ivrognerie, les vieillards, les enfants et surtout les peureux, et je suis convaincu que si on analysait tous les cas on n'en trouverait pas beaucoup en dehors de ces diverses catégories.

La mortalité, en comprenant les cas légers, a été de 60 pour 100.

Le caractère de l'épidémie était assez singulier. L'apparition des *symptômes cholériques* était presque toujours précédée de diarrhées, suite d'excès, de frayeur, de simple indigestion, voire même d'abus des liqueurs anti-cholériques. Alors quelques-uns des symptômes ordinaires apparaissaient. mais bien rarement le tableau était complet. Les selles et les vomissements étaient le plus souvent verdâtres avec ou sans grains riziformes. Souvent encore les crampes dominaient la scène avec des déjections bilieuses.

Assez rarement les urines étaient totalement suspendues. La voix restait la plupart du temps nette et claire. Le facies, les sueurs froides et une soif ardente étaient le plus souvent les seuls indices frappants du désordre. Beaucoup de malades sont morts très-rapidement, en 6, 8 et 10 heures malgré l'absence de la plupart des symptômes cholériques. Chose assez curieuse ! les vrais cholériques, du moins ceux que j'ai soignés, avaient plus de tendance à résister que ceux chez lesquels la plupart des symptômes manquaient. Ceux-ci mouraient plus vite. Les autres, au contraire, voyaient les vomissements puis la diarrhée cesser ; mais quelques crampes persistaient, la réaction se faisait mal et les congestions cérébrales, suite ou non d'urémie, les enlevaient après 3, 4 ou 8 jours de lutte.

Le personnel médical a eu beaucoup à souffrir du fléau. Cinq médecins morts depuis un an avaient éclairci nos rangs. Six de nos collègues, épuisés par la fatigue, ou atteints par le fléau, ont dû se retirer à la campagne. L'un de nous, du 1er au 20 octobre, n'a pas fait moins de 578 visites.

Depuis huit jours nous sommes plus tranquilles; cependant on compte encore cette semaine 79 décès. Il est vrai qu'une coupable inattention a donné lieu à une recrudescence du mal. On ignorait sans doute l'intensité réelle de notre épidémie; on ne paraissait pas se douter de l'influence pernicieuse de la constitution médicale actuelle dans notre ville: on nous a envoyé deux bataillons de dépôt qui, dès leur arrivée ces jours-ci, ont payé leur tribut, d'autant plus qu'habitués à boire du vin nos nouveaux soldats sont tombés sur notre cidre. En revanche, notre 20e chasseurs est dirigé sur Dieppe et notre 51e sur Amiens. Or, on m'a dit aujourd'hui que le choléra venait de se déclarer à Amiens! C'est à vérifier...

Bref, mercredi 7 décès, jeudi 11, vendredi 8, samedi 13, dimanche 5, lundi 12.

Un autre fait intéressant à signaler. Un navire est parti de Caen pour Christiania. Depuis le choléra est en Norwège: cependant ce navire avait dû y subir la quarantaine.

En résumé, l'épidémie paraît décroître assez rapidement. Espérons que nous sommes à la fin de nos souffrances et de nos malheurs! Dr. FAYEL.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur l'Angiôme simple sous-cutané circonscrit suivi de quelques remarques sur les angiômes circonscrits de l'orbite, par le Dr MONOD, ancien interne lauréat des hôpitaux. — Br. in-8° de 84 pages. — J.-B. Baillière, 1873.

Ce travail a pour point de départ l'observation d'une variété peu commune d'angiôme sous-cutané, sur laquelle l'attention des chirurgiens n'avait pas été jusqu'ici attirée d'une manière spéciale. Voici le fait en peu de mots: tumeur sous-cutanée, sans altération de la peau, obscurément lobulée, d'une résistance élastique, mobile dans tous les sens, offrant la plupart des caractères ordinairement assignés aux lipomes ou aux fibro-lipomes, ne présentant aucun de ceux qui révèlent d'ordinaire la présence d'une tumeur érectile, à l'examen histologique, production évidemment vasculaire, essentiellement constituée par des capillaires dilatés, véritable tumeur érectile, par conséquent ou plutôt, — suivant l'appellation aujourd'hui en usage et qui, ici, mieux que jamais, trouve son application, — véritable angiôme. Il s'agissait d'un angiôme simple développé dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané et aux dépens des éléments de ce tissu.

L'auteur définit d'abord le mot angiôme, et s'occupe de la classification de cette espèce de tumeurs. Il accepte la classification proposée par Virchow et admise par Cornil et Ranvier, et par conséquent distingue deux espèces d'angiômes; les angiômes *simples*, ou tumeurs constituées par des vaisseaux de nouvelle formation, semblables aux vaisseaux normaux, aux artères, aux veines et aux capillaires; les angiômes *caverneux*, dans lesquels le sang circule dans un système lacunaire, analogue au système caverneux des organes érectiles. Il n'en reste pas moins que, dans l'une ou dans l'autre variété, les rapports plus intimes de la tumeur, soit avec les artères, soit avec les veines, permettront souvent de distinguer des formes artérielles ou veineuses.

Le type de l'angiôme simple est le nœvus vasculaire cutané; les angiômes profonds paraissent être plus souvent caverneux. Entre ces deux extrêmes se placent les angiômes du tissu cellulaire sous-cutané, sur lesquels l'auteur attire l'attention, qui peuvent être simples ou caverneux. Ces derniers sont les plus fréquents et les auteurs en ont donné de bonnes descriptions. C'est pourquoi M. Monod s'arrête seulement à l'étude de l'*angiôme simple sous cutané circonscrit* dont il a observé un exemple que nous avons résumé précédemment.

L'anatomie pathologique est exposée avec le plus grand soin; inutile de dire que le microscope a ici le rôle prépondérant. L'auteur relate l'analyse détaillée du fait qu'il a observé. Il s'agissait d'une tumeur, grosse comme une amande, situé à la partie antérieure de l'avant-bras ne se confondant en aucun point avec la peau que la tumeur recouvrait. Après l'extirpation, qui fut assez facile, on examina la tumeur qui, en somme, présentait à l'œil nu un ensemble de caractères tenant à la fois du lipôme, du fibrome et de l'angiôme, mais dont aucun n'était assez accentué pour qu'il fût possible de la ranger dans l'une ou l'autre de ces variétés. L'examen microscopique devenait nécessaire pour en préciser la nature, et ce fut lui qui en démontra la nature vasculaire.

Avant de se livrer à l'étude clinique de l'angiôme simple sous-cutané circonscrit, M. Monod relate quatre observations dont la première lui est personnelle et dont les trois autres sont dues à Weber, Lucke, S. Duplay; c'est avec ces faits qu'il trace les symptômes et le diagnostic. Ces angiômes se présentent en général sous forme de tumeurs bien limitées, d'un volume moyen, ne dépassant ordinairement pas celui d'une grosse noix, sans adhérence intime avec les parties environnantes, superficielles ou profondes; la peau, à leur niveau, ne présente aucune altération, ou seulement une coloration bleuâtre qui ne paraît autre que celle de la tumeur sous-jacente, aperçue par transparence. Au toucher, leur consistance est variable, ordinairement un peu résistante et élastique, plutôt molle que dure cependant, jamais fluctuante, le plus souvent elles sont légèrement lobulées à leur surface et donnent au doigt une sensation qui rappelle celle du lipome. Aussi le diagnostic en est-il très-délicat, et souvent devra-t-on rester dans le doute.

Ces tumeurs ont peu de tendance à envahir les parties voisines, aussi le pronostic est-il relativement benin. D'ailleurs elles peuvent être enlevées sans trop de difficulté, et l'ablation avec le bistouri leur convient parfaitement. Dans un appendice, l'auteur relate sept observations d'angiôme de l'orbite assez nettement circonscrits, et permettant une ablation assez facile et sans danger. Deux planches exécutées avec le plus grand soin terminent ce mémoire intéressant et très-bien présenté. G. PELTIER.

Eléments d'hygiène religieuse et scientifique, par L. ALLIOT. — J. B. Baillière, 1874.

« Par curieuse leçon et meditation frequente, rompre l'os » pour qu'un autre, qui n'a cure de mes veilles, puissé, bien à son aise, « sugcer la substantificque mouelle, » voilà mon lot! A mon grand dam, la première partie seule est parue des *Éléments d'hygiène religieuse et scientifique* et « en icelle trouverez doctrine plus absconce, laquelle vous révélera de très haultz sacrements et mystères horrificques, tant en ce qui concerne nostre religion, que aussi l'état politicq et vie œconomicque. » N'en rien dire serait péché, puisqu'il ne faut mettre la lumière sous le boisseau; mais, Seigneur! que l'os est dur! Entamons-le pourtant.

« L'hygiène, c'est tout, c'est Dieu! » — Qu'après cela on ne me parle plus de ces définitions défectueuses qui prétendent qu'elle a pour but, entre autres, d'assurer l'exercice régulier de la génération, « habitude vicieuse, suicide partiel, fonction qu'il faut anéantir. » — L'hygiène a pour but de rapprocher l'homme le plus possible de la perfection primitive d'Adam, de le faire ressembler à Dieu. La connaissance de Dieu est donc la seule réellement utile, celle de l'homme n'étant pas cependant à négliger.

Dieu existe; ceux qui le nient n'y pensent jamais, parce qu'ils ne le connaissent pas, que la science les entraîne vers d'autres connaissances; or, la science, à qui nous devons déjà le plébiscite de 1870 et la guerre, amènera fatalement un cataclysme, probablement la fin du monde, prédite par l'Écriture sainte. Déjà, en 1853, *l'âme de la terre* avait annoncé à V. Hennequin qu'on allait la supprimer du tourbillon si elle n'avait obtenu un sursis dont elle profita pour diriger vers V. Hennequin et sa femme Octavie un cordon aromal permanent. Le sursis a sans doute été mal employé, car M. Alliot prévoit que d'ici vingt ans la république européenne et l'empire moscovite engageront une guerre atroce. — « Et le mouvement de décomposition des victimes et des matières incendiées augmentera l'intensité du courant décomposant ou centrifuge de la terre à ce point que la volatilisation de ce globe terminera la lutte. » *Sauvons le genre humain!* et pour cela revenons à Dieu.

Dieu, dit-on, est un être incorporel; comment l'homme pourrait-il lui ressembler? Non! Dieu est la matière divine, volatilisée, distillée, jusqu'au sublime, jusqu'à l'infini. — La guerre dont il nous menace, n'en déplaise à M. Alliot, aura donc ce

bon effet de nous faire ressembler à Dieu ; ce sera le moyen hygiénique par excellence. — Dieu est éternel, car il ne peut se suicider. Et s'il se supprimait lui-même, le vide absolu se produirait dans l'espace infini; ce vide posséderait une force attractive infinie qui s'exercerait sur la matière divine, la replacerait dans son domaine. Dieu renaîtrait malgré lui, donc il existera toujours.

Il est unique, car il est une vapeur toujours en mouvement, et s'il y avait deux Dieux, le frottement continuel, inévitable userait, détruirait, absorberait l'un des deux.— Peut-être tous les deux, M. Alliot; et le vide se ferait.

Dieu est infiniment pur, car il est la morale, qui est le seul corps chimique simple qui puisse exister. Cette morale, ce Dieu est un alcool, un esprit infiniment pur, ardent, absolu, puisque c'est la matière distillée et rectifiée à l'infini. Cette distillation se fait par une série d'alambics dont le premier est constitué par le soleil et la terre : le centre de la terre est le fourneau, l'écorce terrestre la cucurbite, la terre et ce qu'elle supporte la matière à distiller, l'espace entre le soleil et la terre le réfrigérent, le soleil le récipient, puis le soleil et une étoile forment un autre alambic et ainsi de suite jusqu'à Dieu, le récipient suprême.

Mais le soleil n'est pas seulement un alambic, c'est aussi un curé. Chaque planète représentant un père de famille dont ses satellites sont les enfants, le système solaire représente une paroisse. Le rang de l'étoile fixe autour de laquelle tourne notre soleil peut être assimilé à celui d'un évêque. L'astre plus grand autour duquel tourne celle-ci est l'archevêque, etc. Finalement tout tourne autour de l'être suprême représenté sur la terre par le Pape.— Et voilà quelle est l'organisation de l'univers que le Christ et Saint-Pierre, ou leurs successeurs qui la connaissaient, ont prise pour modèle de leur Église.

Quant à la forme de Dieu, c'est une immense région sphéroïdale, absolument dépourvue d'atomes matériels et prolongée par les pores et espaces, qui forment le système nerveux de l'univers Autour de cette région sont les espaces célestes, remplis et constitués par l'Esprit-Saint, ou fluide électrique, en mouvement (Une figure donne une image très-nette de la chose.)

Comme Dieu, l'homme est une vapeur, un esprit, une âme, une morale, notre globe n'en est que l'accessoire. Il a été créé par un courant de morale pure, parti du soleil universel, et qui, en s'épanouissant, forma le corps de l'homme et le globe terrestre.

Ce n'est pas tout, mais cela doit suffire à donner envie de lire les Éléments d'hygiène; il faut bien laisser quelque petit morceau d'os intact. Et maintenant irai-je m'aventurer à donner mon opinion sur les idées de M. Alliot. Point ne suis si téméraire, et à moi n'appartient de juger là-dessus, mais « j'en fis » consulter la matière à messieurs les clercs, et pour réso- » lution conclurent en Frisesomorum qu'il n'est tel que fau- » cher l'uté en cause bien garnie de papier et d'encre, de » plumes et ganivet de Lyon sur le Rosne, tarabin tarebas : » car incontinent que vn harnoys sent les aulx, la rouille lui » mangeue le foye, et puis l'on ne faict que rebecquer torty » colli fleuretant le dormir d'près disner, et voylà qui faict le » sel tant cher. »

JEAN DE FALAISE.

NOUVELLES

MORTALITÉ A PARIS. — (1,851,792 hab.). Pendant la semaine finissant le 24 octobre, on a constaté 815 décès, savoir : Rougeole, 14 ; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 41 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 19 ; — pneumonie, 32 ; — dysentérie, 7 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17 ; — choléra nostras, 54 ; — choléra infantile » ; — angine couenneuse, 2 ; — croup, 9 ; — affections puerpérales, 2 ; — autres affections aiguës, 229; — affections chroniques, 288, dont 129 dues à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 72 ; — causes accidentelles, 24 ; — variole, ».

LYON. Du 6 au 19 octobre, 302 décès ; — fièvres continues, 19 ; — pneumonie, 7 ; — dysenterie, 6.; — diarrhée, 24 ; — angine couenneuse, croup, affections puerpérales, 0 ; — affections cérébrales, 43 ; — phthisie, 48.

TOULOUSE. — (124,842 hab.). En septembre 381 décès. Fièvre typhoïde 23; — cholérine 68; — diarrhée chronique 18 ; — gastro-entérite 20 ; — dyssenterie ».

LONDRES. — Population ; 3,356,073 hab. Décès du 12 au 18 octobre, 1,283. Variole, » ; — rougeole, 55 ; — scarlatine, 18 ; — fièvre typhoïde, 22 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite, 139 ; — pneumonie, 79; — dysentérie, 1 ; — diarrhées, 30; — choléra nostras, 2; — diphthérie, 5; — croup 14 ; — coqueluche, 31.

CHOLÉRA. — *Autriche. Vienne 24 octobre.* — L'état sanitaire est bon, et comme le choléra ne se produit plus que par cas isolés, on peut espérer voir l'épidémie s'éteindre bientôt complètement. Du 16 au 22 octobre le nombre des cas nouveaux de choléra a été de 5, 8, 13, 12, 9, 12, 9; total 68. Les décès de la période correspondante étaient de 2, 6, 5, 8, 3, 8, 7; total 39. Les faubourgs du district de Iternals n'ont presque plus de cas de choléra. Mais il est à craindre de voir l'épidémie reparaître avec la saison des chaleurs, et même si la maladie disparaissait complètement, ce qui n'est pas encore complètement le cas, il faudrait continuer à prendre toutes les mesures préventives, et utiliser le mieux possible le temps que nous avons avant le retour du printemps, pour prendre en vue de la prochaine épidémie les mesures qu'on avait jusqu'ici négligées.

Mouvement de malades dans les hôpitaux civils de Vienne du 16 au 22 octobre :

En traitement le 15......	2,805	Sorties...............	594
Entrées du 16 au 22......	9 86	Décès..............	100
Total........	3,503	Restent en traitement.	2,809

(*Wiener med. Wochenschrift*).

FRANCE. Un navire venant de Naples avait des cholériques en arrivant à *Marseille.* 12 décès au Lazaret (?)

Paris. Hôpital Beaujon. — Du 15 ou 29 octobre inclusivement 12 cas de choléra dont 4 intérieurs (7 h. 5 f.) 3 décès, 2 malades en traitement; guéris 7.

Hôtel-Dieu. — Hommes, en traitement au 23 octobre 8 ; cas nouveaux 3 dont 1 intérieur ; total 11. Décès 3, guéris 11, en traitement 7. — Femmes. Il y a eu dans le courant de la semaine 2 cas nouveaux ; aujourd'hui 30 octobre, il reste 3 femmes en traitement.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Depuis trois semaines il y a eu 4 cas de choléra, tous venant du dehors ; 2 décès. Chez trois malades de l'hôpital on a observé des accidents cholériformes.

Hopital Saint-Antoine. Du 24 au 31 octobre, 5 cas (2 H, 3 F ;) 4 décès.

Hôpital Saint-Louis. — Le 24, deux cas nouveaux. 1 décès, 1 en traitement. — Le 25 un cas intérieur (femme.)

Hôpital de la Charité. — Dans la semaine un seul cas développé chez une femme depuis longtemps en traitement à l'hôpital.

Hôpital Necker. — Dans la semaine il n'est entré aucun malade, pas de cas intérieur, pas de décès.

Enfants-Malades. — Deux entrées cette semaine dans la salle des garçons. Un décès dans celle des filles.

CONCOURS. — *Externat.* Voici les questions des deux dernières séances : psoas iliaque ; articulation du genou.

ACADÉMIE DE MONTPELLIER. — M. Bouisson, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier est chargé, à titre de mission temporaire, de l'administration de ladite Académie, en remplacement de M. Donné, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite par application du décret du 17 septembre 1873 et nommé recteur honoraire.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 22 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 8 NOVEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.................. 8 »

ANNONCES : 1 page.... 200 fr. ; 1/2 page.... 100 — ; 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 2 fr. 25 en timbres-postes :* 1° **Les leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice ; — 2° Les leçons sur la compression lente de la moelle épinière** *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon. — Auscultation
Leçons recueillies par P. BUDIN. (1)

3e LEÇON. — TUBERCULOSE PULMONAIRE ; HISTORIQUE (Suite)

Messieurs,

Je viens de vous exposer rapidement, messieurs, l'anatomie pathologique de la phthisie ou tuberculose pulmonaire. Telles sont les données qui résultent du travail que j'ai publié en commun avec M. Hérard en 1867, et des mémoires les plus récents qui émanent de MM. Lépine (2), Grancher (3) et Thaon (4).

Maintenant que vous connaissez les faits essentiels et leur enchaînement, il nous paraît utile de jeter un coup-d'œil sur l'historique de cette question aujourd'hui si bien analysée, afin de pouvoir apprécier le rôle de chacun de ceux qui l'ont étudiée et surtout pour que vous soyez à même de juger les travaux les plus récents. Cette revue rétrospective est nécessaire, messieurs, pour que vous puissiez vous rendre compte des divergences si complètes, si absolues, que vous trouverez dans les livres tout récemment parus et que vous avez entre les mains. C'est surtout cette analyse et cette critique des monographies de ces dernières années que je tiens à vous présenter.

Nous ne remonterons pas plus loin qu'à Laënnec qui, du même coup, du même effort de son génie, donnait toute la description à l'œil nu des lésions et tous ou presque tous les signes physiques de la maladie. Laënnec regardait la phthisie comme synonyme de tubercules pulmonaires et constituait l'unité de la tuberculose. Il montrait comment les granulations grises transparentes au début, devenaient bientôt opaques et jaunâtres à leur centre; il leur assimilait pleinement les masses plus considérables qu'il appelait tubercules miliaires et que je vous ai dit être soit des granulations agglomérées formant une nodosité plus grosse, soit des lobules de pneumonie caséeuse, et les tubercules jaunes ou crus qui ne sont autre chose qu'un état caséeux plus avancé de la même lésion. En outre de ces nodules plus ou moins volumineux, Laënnec décrivait l'infiltration tuberculeuse gélatiniforme, semi-transparente et l'infiltration grise qui répondent à notre pneumonie caséeuse ou tuberculeuse lobaire. Puis venaient les cavernes, et les autres lésions d'un âge plus avancé.

Pour Laënnec, toutes ces altérations dépendaient du même processus, de la même cause ou disposition générale de l'économie; pour lui, leur caractéristique était dans l'état caséeux.

Ces idées de Laënnec se sont imposées, comme de raison, aux générations médicales qui l'ont suivi, et il est de fait qu'il n'y avait rien à changer jusqu'à ce que les études microscopiques aient introduit un nouvel instrument d'analyse et découvert de nouveaux points de vue. Mais les opinions de l'auteur de l'auscultation médiate étaient tellement ancrées dans les esprits que les premiers observateurs au microscope n'eurent d'autre but que de rechercher dans l'état caséeux les éléments caractéristiques du tubercule.

Tel fut l'objectif de Lebert qui, dans les parties totalement dégénérées du poumon, trouvant toujours des fragments d'éléments granuleux, petits, irréguliers, anguleux, les donna comme les corpuscules caractéristiques du tubercule.

C'est là de l'histoire ancienne, me direz-vous, j'en conviens, car dès 1850, Reinhardt décrivait les modifications internes du parenchyme pulmonaire qu'il rapportait à la pneumonie et Virchow indiquait les caractères histologiques de la granulation. Mais il est utile de la rappeler; car, longtemps après, l'opinion de Lebert était encore tellement dominante en France, que les premiers examens de granulations tuberculeuses faits par Robin, en collaboration avec Lorain et avec Bouchut, ont fait découvrir une si grande différence avec la structure donnée par Lebert, qu'ils les ont considérées comme un tissu fibro-plastique. C'est là ce qui nous explique comment Empis sous l'in-

(1) Voir les nos 20 et 21 du *Progrès Médical*.
(2) Thèse d'agrégation *sur la pneumonie caséeuse* 1872.
(3) *Archives de physiologie* 1872 et thèse de doctorat 1873.
(4) *Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose*, thèse de doctorat 1873.

piration de Robin, a pu décrire la granulie, maladie constituée par la présence des granulations, comme étant tout à fait différente du tubercule de Lebert et de la tuberculose. Il faut avant tout s'entendre sur les mots : aussi, dois-je vous prévenir que dans le langage d'Empis, le mot tubercule, que nous considérons avec la grande majorité des auteurs comme synonyme de granulation, veut dire pneumonie caséeuse. A part cette différence dans les termes, Empis appartient à la série des auteurs qui considèrent comme deux maladies distinctes les granulations tuberculeuses, tuberculose ou granulie (Empis) d'une part, et la pneumonie, d'autre part.

Le chef actuel de l'école du dualisme anatomique et étiologique de la maladie de poitrine décomposée en tuberculose et pneumonie caséeuse est Virchow. Le professeur de Berlin a confirmé les travaux de Reinhardt en ce qui touche les diverses modes de pneumonie caséeuse, et, dès 1852, il établit la structure de la granulation et ses caractères anatomiques différentiels d'avec la pneumonie. Pour lui, remarquez-le bien, messieurs, car nous aurons occasion d'y revenir, la granulation se développe uniquement aux dépens du tissu conjonctif et dans le poumon, elle ne siége jamais dans l'intérieur des alvéoles. Virchow qui avait montré que les lésions inflammatoires simples ou spécifiques, telles que celles des scrofuleux, telles que les productions syphilitiques où les tumeurs peuvent toutes devenir caséeuses, a, plus tard, remplacé le mot de pneumonie caséeuse par le terme de pneumonie scrofuleuse. Que veut dire l'épithète de scrofuleuse adaptée à la pneumonie ? Signifierait-elle par hasard que les scrofuleux, c'est-à-dire les sujets porteurs d'adénites suppurées, d'écrouelles, de tumeurs blanches, auront une prédisposition à la pneumonie caséeuse ou scrofuleuse ? Si telle était le sens de cette désignation elle ne résisterait pas à la critique, car bien souvent j'ai fait l'autopsie de pareils sujets morts avec une poussée aiguë de granulations généralisées à tous les organes et en particulier à la pie-mère, et à ce titre les granulations montrent tout aussi bien que la pneumonie leur parenté avec la scrofule. Je vous ai déjà dit que les termes de caséeuse ou de tuberculeuse appliqués à la pneumonie du phthisique n'étaient pas rigoureusement bons en ce sens que l'état caséeux n'en est que la terminaison et que le mot de tuberculeuse impliquant la présence de tubercules était aussi trop absolu en ce sens que tout noyau de pneumonie lobulaire ou lobaire n'est pas toujours développé autour du tubercule. Mais la désignation de scrofuleuse est encore plus mauvaise parce que les phthisies avec pneumonie sont loin d'être toujours liées à la scrofule et que d'un autre côté les scrofuleux typiques ont souvent comme lésion ultime des granulations tuberculeuses généralisées.

La dualité anatomique établie par Virchow, soutenue par ses élèves de tous pays, par son enseignement, par l'immense succès de son livre de la pathologie cellulaire, a fait son chemin dans le monde.

M. Villemin l'avait pleinement adoptée dans son premier travail qui est de 1861. Plus tard, lorsque M. Villemin vit la tuberculose inoculée chez le lapin et le cobaye avec la pneumonie caséeuse aussi bien qu'avec les granulations, en face de ce fait important, nouveau, dominant tout à ses yeux, il ne put se résoudre à admettre un dualisme anatomique là où l'expérimentation montrait si évidemment une pathogénie une et indivisible. Aussi, dans son livre sur la tuberculose, publié en 1868, le rôle de la pneumonie et des inflammations pulmonaires dans la phthisie disparut-il presque complétement. Et comme d'un autre côté M. Villemin ne reconnaissait plus l'existence d'un épithélium dans les vésicules pulmonaires, il rattacha à la première période d'évolution ou à l'accroissement des granulations tuberculeuses, les grosses cellules rondes à noyaux multiples ou vésiculeuses qui sont comprises dans l'exsudat liquide qui remplit les alvéoles pulmonaires autour des granulations. La pneumonie à ses diverses périodes d'engoûment, d'hépatisation rouge ou grise ou caséeuse n'existe plus dans la phthisie que pour mémoire, et c'est à peine si M. Villemin admet comme étant des inflammations vulgaires la bronchite et les petits îlots de suppuration du poumon.

Nous nous sommes déjà expliqués sur ces points que nous ne saurions admettre ; vous avez vu aussi que l'épithélium pulmonaire était bien démontré ; et l'œuvre de M. Villemin dans l'histoire de la tuberculose est assez importante ; nous plaçons assez haut ses travaux pour qu'il nous soit permis de faire la critique de certains côtés de son œuvre qui nous paraissent défectueux. Nous retrouverons bientôt la partie capitale de son œuvre, à propos de ses inoculations qui ont ouvert une voie nouvelle et féconde.

Notre travail sur la phthisie pulmonaire fait en collaboration avec M. Hérard, édité en 1867, aboutit comme conclusion à l'unité étiologique et pathogénique de la phthisie pulmonaire, ce qui ne nous a pas empêché d'admettre et de décrire les diverses lésions, granulations et pneumonies, et leur rôle différent dans les cas variés soumis à l'observation. Nous avons donné la prééminence à la granulation qu'on trouve partout la même, qui existe seule dans la phthisie aiguë granuleuse. Nous avons regardé les pneumonies caséeuses ou interstitielles comme étant des lésions consécutives ou concomitantes. C'est à peine si, dans un tout petit nombre de cas de pneumonie caséeuse, nous n'avions pas pu démontrer bien nettement la présence des granulations. Il s'agissait dans ces faits de pneumonies caséeuses chroniques où la dégénérescence graisseuse des éléments est tellement avancée qu'on hésite pour savoir si ces éléments dégénérés ont appartenu primitivement à une pneumonie ou à des granulations. Il est certain que cette distinction est très-difficile lorsqu'on a affaire à des masses anciennes, et alors nous préférions rester dans le doute que d'affirmer que nous avions affaire uniquement à un processus pneumonique. Nous avons même risqué cette hypothèse que des granulations avaient bien pu exister au début dans des parties du poumon devenues à la fin des cavernes. Dans les nombreuses autopsies de tuberculeux, complétées par l'examen microscopique que j'ai eu l'occasion de faire depuis cette époque, je déclare n'avoir pas rencontré un seul fait de tuberculose où l'absence de granulations m'ait été bien démontrée. Vous verrez, messieurs, que telle est aussi la conclusion formulée dans les thèses de deux observateurs très-compétents qui se sont adonnés à cette étude histologique des poumons avec tout le matériel, avec toutes les connaissances antérieures et l'autorité désirables, par M. Grancher, directeur du laboraroire d'histologie de Clamart et par M. Thaon, dont le travail a été fait sous les yeux et dans le laboratoire de M. Ranvier, au collége de France.

Mais, n'anticipons pas sur la conclusion de cet historique et revenons aux élèves de Virchow. Ces derniers ont accentué de plus en plus la séparation des tubercules et de la pneumonie caséeuse, et, ils ont poursuivi cette division, non-seulement dans le domaine de l'anatomie pathologique, mais dans l'étiologie, dans les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, que nous avons surtout en vue ici, ce dualisme naît principalement de connaissances incomplètes, et de méthodes insuffisantes.

J'ai travaillé moi-même dans le laboratoire de Virchow, en 1862 : à cette époque il suffisait que les productions morbides fussent au milieu des infundibula et cloisonnés par les travées des alvéoles pour qu'on en fit sans plus ample informé des pneumonies. On les regardait comme des pneumonies, bien que les éléments fussent petits, agglomérés et unis par une substance unissante très-cohérente, bien que leur ensemble, le groupement et les altérations de leurs éléments cellulaires constituants en fissent des granulations parfaites développées dans un infundibulum. On s'est aperçu de cette erreur, qui a été rectifiée bientôt au laboratoire de Berlin; mais primitivement, la granulation tuberculeuse y était un mythe dans le poumon et on ne la

trouvait qu'à la surface de la plèvre ou autour des bronches ou autour des vaisseaux, là où existe une quantité de tissu conjonctif suffisante pour qu'elle se développe.

Plus tard, Virchow a décrit la péribronchite comme n'ayant aucune affinité avec les tubercules. Les petits noyaux indurés qui se rencontrent alors autour des bronches et l'inflammation interstitielle avec épaississement de leurs couches externes qui les accompagnent dans tout leur trajet étaient séparés de la tuberculose pour rentrer dans la broncho-pneumonie. C'est sous l'influence de ces idées que Rindfleisch, a écrit le chapitre de son livre consacré à la bronchite et à la broncho-pneumonie. Les granulations tuberculeuses du poumon devenaient, comme vous le voyez, de plus en plus rares. Je vous ai dit ce que je pensais de la péribronchite : je vous ai montré que le long des canaux vasculaires ou autres entourés d'une couche de tissu conjonctif et en particulier le long des vaisseaux de la pie-mère où cela est très-facile à voir, il existe, outre les granulations visibles de distance en distance, une zone de tissu conjonctif en prolifération, une inflammation. Je vous ai montré qu'il en était de même partout et que toujours les granulations comme toutes les néoplasies sont entourées d'un tissu inflammatoire.

Il vous est facile de comprendre maintenant comment des générations successives d'anatomo-pathologistes élevées à la même école ont pu s'habituer à ne jamais reconnaître les granulations tuberculeuses dans le poumon. Dans les autres organes on les trouvait facilement au milieu de leur zone inflammatoire, mais dans le poumon, on ne voyait que la pneumonie.

ANATOMIE

Note sur la circulation du corps strié

Par **H. DURET** (1).

Nous avons l'honneur de présenter à la Société plusieurs préparations destinées à démontrer et à compléter les recherches que nous avons déjà ébauchées dans une note publiée dans les numéros 3, 4 et 5 du *Mouvement médical* (janvier 1873).

Dans ce premier travail, nous divisions les *artères nourricières* du cerveau en trois classes : 1° *Artères de la base* ou *des noyaux cérébraux* ; 2° *artères ventriculaires* ayant surtout pour but d'aider ou de suppléer les premières ; 3° *artères des circonvolutions de la couche grise corticale*. C'est sur une partie des artères de la première classe que nous désirons aujourd'hui attirer l'attention de la Société.

Les *artères du corps strié* ont comme source principale l'artère sylvienne dans les deux premiers centimètres. Souvent, deux petites branches supplémentaires viennent du premier centimètre de la cérébrale antérieure. Enfin, le noyau intra-ventriculaire du corps strié reçoit assez fréquemment quelques branches des artères des plexus choroïdes. Nos recherches, déjà très-multipliées, nous permettent d'affirmer que cette origine des artères du corps strié est à peu près constante.

Ces artères, d'un volume de 1/4 à 1 millimètre, pénètrent dans l'espace perforé suivant un plan transversal, passant en avant des tubercules mamillaires. Elles entrent dans la pulpe cérébrale où elles se divisent dichotomiquement et se terminent en pinceau.

Dans l'espace perforé, on rencontre deux espèces d'artères : les unes grêles et fines ne pénètrent pas ; elles vont aux circonvolutions voisines ; les autres sont les véritables artères du corps strié.

Pour étudier la distribution des artères du corps strié, il y a deux méthodes : 1° la première consiste à suivre simplement, le scalpel à la main, à travers la pulpe cérébrale, les artères qui s'y distribuent ; mais on conçoit que, dans ce cas, le trajet parcouru n'est reconnaissable qu'au moment même de la dissection et que toute démonstration ultérieure est impossible. En effet, les parties figurées sont peu à peu détruites par le scalpel pour les besoins de la dissection ; elles deviennent méconnaissables ; 2° la seconde méthode repose sur des coupes faites méthodiquement.

Deux coupes transversales du cerveau, comme celles que nous présentons à la Société, permetteut de se rendre un compte exact de la distribution des artères du corps strié.

La *première coupe* est faite un peu en arrière du chiasma des nerfs optiques. Voyons quelles sont les parties du corps strié qui y sont représentées.

Sur la ligne médiane, on a la conpe de la cloison transparente et des piliers antérieurs du trigone en haut, et en bas on aperçoit la commissure grise et le ventricule moyen. Sur les côtés, en avant, la coupe du corps calleux, ; plus en dehors, la coupe de la la queue du noyau intra-ventriculaire du corps strié ; au-dessous de celui-ci, une large bande de substance blanche, la capsule interne ; et enfin au-dessous de celle-ci, un triangle de substance grise ; le noyau lenticulaire du corps strié. Ce dernier a sa pointe dirigée vers l'infundibulum du 3e ventricule ; sa base répond au lobule de l'insula dont elle est séparée par une petite bandelette blanche, la capsule externe, et une trainée de substance grise qu'on désigne le plus souvent sous le nom d'*avant-mur*.

On sait que le triangle de substance grise du noyau lenticulaire est divisé en trois parties de coloration différentes, auxquelles les Allemands ont donné le nom de segments en les désignant par les chiffres 1, 2 et 3 à partir de la pointe.

Telle est la configuration de cette coupe. Comment y sont représentées les artères du corps strié ?

Cette coupe laisse en avant l'espace perforé qui représente en dehors et en haut une sorte de prolongement vers la partie inférieure de la base du noyau lenticulaire. On voit l'artère sylvienne qui parcourt cet espace pendant 1 centimètre à 1 cent. et demi environ et disparait bientôt derrière la coupe du lobe cérébral postérieur. C'est dans cet intervalle qu'elle émet par son bord supérieur les artères du corps strié. On peut diviser celles-ci en deux ordres : les unes, externes, sont beaucoup plus volumineuses, les internes, situées vers la pointe du noyau lenticulaire sont beaucoup plus petites.

Parmi les premières il en est toujours une qui longe, dans *une certaine longueur*, la base du noyau lenticulaire sur la limite de la capsule externe pour se porter en avant en dedans vers la couche externe du noyau intra-ventriculaire, où elle se divise en 4 ou 5 branches terminales que nous retrouverons sur la seconde coupe. C'est cette artère qui, d'après nos études à la Salpétrière et d'après les renseignements de M. Charcot, est le siége de prédilection des hémorrhagies du corps strié. Cette artériole fournit plusieurs branches collatérales au 3e segment du noyau lenticulaire. Il existe encore 3 à 5 branches externes : les unes se portent en avant dans le 3e segment du noyau lenticulaire, et atteignent souvent la queue du corps strié, les autres vont en arrière à l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire et elles se terminent dans la couche optique.

Les artérioles internes vont à la pointe du noyau lenticulaire, dans le 1er et le 2e segment.

La *seconde coupe* transversale se fait au milieu du chiasma. Elle est destinée à montrer la terminaison des artères externes dans le noyau intra-ventriculaire du corps strié. Cette coupe représente l'eusemble du corps strié par deux couches grises séparées par une couche blanche, la capsule interne. On aperçoit dans chacune d'elles 5 ou 6 branches artérielles coupées par la section.

En résumé les artères principales du corps strié *ont la direction générale suivante* : elles se portent d'abord de bas en haut et de dedans eu dehors, puis se dirigent d'arrière en avant, en décrivant uue courbe à convexité externe. Cette disposition rend compte de la forme de certains ramollissements qui affectent une direction longitudinale d'arrière en avant et peuvent occuper successivement la partie externe du noyau lenticulaire et de la capsule interne, et la tête du noyau ventriculaire.

Les *coupes longitudinales* du cerveau n'apprennent rien de plus sur la distribution des artères du corps strié.

Il y a maintenant une question importante à résoudre : Ces

(1) Lue à la *Société anatomique*, séance du 3 octobre 1873.

artères ont-elles des anastomoses entre elles ou avec les artères des parties voisines?

Nous avons fait des recherches consciencieuses à cet égard. A l'aide du scalpel il est impossible de trouver aucune anastomose entre ces artères et les artères voisines, soit avant, soit après leur entrée dans la pulpe cérébrale. Mais voici qui est plus concluant : 1° Si on lie l'artère sylvienne à 2 cent. de son origine c'est-à-dire après qu'elle a fourni les artères du corps strié, et si on pousse une injection très-pénétrante, (gélatine et carmin) par le bout resté libre, *le corps strié seul s'injecte*. 2° Si on rapproche la canule de la ligature de manière à ce que les injections pénètrent seulement dans le groupe d'artérioles externes, les parties externes du corps strié sont seules envahies par l'injection. Vous pouvez voir sur cette coupe une sorte de bande ou d'arc coloré en rouge qui comprend : en bas, le 3e segment du noyau lenticulaire, puis la partie la plus externe de la capsule interne, enfin la partie antérieure de la tête du noyau ventriculaire. Cette bande répond à la distribution du groupe d'artérioles externes : les parties internes ont conservé leur coloration blanche ou grise. Il n'y a donc pas d'anastomoses entre les différentes artères qui pénètrent le corps strié.

Une ou deux fois seulement nous avons constaté des anastomoses entre les artérioles internes et les branches fournies par le plexus choroïde au noyau intra-ventriculaire.

Assez souvent les artérioles internes viennent d'artères récurrentes de la cérébrale antérieure, qui se dirigent d'avant en arrière vers la partie interne de l'espace perforé.

Nous avons dit que les artères des plexus choroïdes fournissent des branches qui pénètrent le noyau intra-ventriculaire par sa surface ventriculaire. Il arrive assez souvent que ce sont ces vaisseaux seuls qui nourrissent cette portion du corps strié. Supposez dès lors une embolie de la sylvienne à son origine en raison de l'absence d'anastomoses signalée plus haut, il surviendra un de ces ramollissements si fréquents dans cette région; mais ce ramollissement pourra épargner, comme nous en avons des exemples, la partie du corps strié qui se voit dans le ventricule.

L'avant-mur reçoit souvent quelques fines artérioles qui pénètrent les circonvolutions du lobule de l'insula.

Les veines du corps strié sont décrites dans tous les ouvrages d'anatomie. Nous devons cependant signaler les particularités suivantes : les rameaux qu'elles fournissent se détachent perpendiculairement; ils sont de deux ordres : les uns, plus petits, restent dans la couche grise intra-ventriculaire; les autres, plus volumineux, descendent dans la capsule et le noyau lenticulaire.

THÉRAPEUTIQUE

De la triméthylamine et de son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux de Paris (1).

Sécrétions.— Selon Namias, la triméthylamine augmente la diurèse ; malheureusement les observations où la quantité de l'urine est notée sont peu nombreuses, peu détaillées, prises irrégulièrement; cependant l'augmentation des urines paraît être un fait sinon constant, au moins assez ordinaire.

Observation xii. — *Attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Guérison par la propylamine.* — (Observation recueillie dans le service de M. Béhier et rapportée par M. Hamdy). X.... 18 ans, ciseleur, atteint de rhumatisme articulaire le 18 février, entre à l'Hôtel-Dieu, le 26 du même mois.

27 février. — Gonflement des poignets, des coudes, des articulations tibio-tarsiennes, des genoux, de l'épaule gauche. P. 86; T. 38°. — propylamine 1 gr.

28 juillet. — P 92; T. 38°,1. — Propylamine 1 gr.
1 mars. — P. 80; T. 37°,6; urine 1,700 gr. — Propylamine 1 gr.
2 mars. — P. 78; T. 37°,6; urine 1,925 gr. — Propylamine 1 gr.
3 mars. — P. 70; T. 37°,2; urine 1,600 gr. — Prapylamine 1 gr.
T. 37°,4. — Propylamine 1 gr. 50.
5 mars. — P. 60; T. 37°, — Propylamine 1 gr.
6 mars. — P. 68; T. 37°, — Urine 1350.
10 mars. — Guérison complète.

Dans cette observation, nous voyons la propylamine agir surtout sur la durée de la maladie, sur le pouls et sur la température; nous avons noté les quelques indications relatives à la quantité de l'urine sans qu'il soit possible d'en tirer une conclusion évidente.

Observation xiii. — *Rhumatisme articulaire aigu traité par la propylamine Poulenc et Wittman. — Sueurs très-abondantes. — Cessation des douleurs le 21me jour de la maladie et le seizième du traitement propylamique...* X... 29 ans, garçon de magasin, atteint de rhumatisme articulaire aigu, le 16 février entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Béhier le 19 du même mois.

20 février. — Douleurs vives; gonflement douloureux des deux articulations tibio-tarsiennes, du genou gauche, du coude et de l'épaule droite. P. 96. T. 38°.

21 février. — P. 96; T. 38°, urine rouge, sédimenteuse, 1,100 gr. — Propylamine 0 gr. 50.

22 février. — Douleurs moins vives; P. 92; T. 37°,8. — Urine moins rouge 1,700 gr.; sueur abondante; propylamine 1 gr.

23 février. — P. 92; T. 38°,2. Urine 1,100 gr. Sueurs très-abondantes. Propylamine 1 gr. 50.

24 février. — P. 94; T. 37°,8; Urine 1,100 gr. — Propylamine 1 gr. 50.
25 et 26 février. — On cesse la propylamiue, et on donne de l'opium.
27 février. — P. 110; T. 38°,5; urine 1,300 gr. Propylamine 1 gr. 50.
28 février. — P. 96; T. 37°,8; urine 1,075 gr. Propylamiue 1 gr. 50.
1 mars. — P. 110; T. 38°,2; urine 1,300 gr. Propylamine 1 gr. 50.
2 mars. — P. 100; T. 38°, urine 1,500 gr. Propylamine 1 gr. 50.
3 mars. — P. 110; T. 38°,2; urine 1,275 gr. Propylamine 1 gr. 50.
4 mars. — P. 106; T. 38°,2. Propylamine 2 gr.
5 mars. — P. 92; T. 37°,4. Propylamine 2 gr.
6 mars. — P. 86; T. 37°,2; urine 1,750 gr. Propylamine 2 gr.
7 mars. — P. 88; T. 37°,4; urine 1,600 gr. Propylamine 1 gr. 50.
8 mars. — P. 86; T. 37°,4; urine 1,800 gr. Propylamine 1 gr. 50.
9 mars. — P. 80; T. 37°,2. — Propylamine 1 gr.

A partir de ce moment la maladie va diminuant d'intensité; les douleurs disparaissent, et le malade est en pleine convalescence le 14.

Au premier coup-d'œil la marche de ce rhumatisme paraît ne pas avoir été influencée par la propylamine, et de fait elle le fut peu. Le traitement par la propylamine a été commencé le sixième jour de la maladie et les douleurs n'ont cessé qu'après 20 jours de l'emploi du remède. Cependant il faut noter que le cinquième jour du traitement l'amélioration était très-apparente, que ce jour-là la malade omit de prendre la propylamine et que c'est à la suite de cela qu'il y eut une recrudescence des douleurs et de la fièvre.

Pendant les huit jours qui suivirent, les effets de la propylamine furent peu marqués, et c'est à cause de cela qu'on en porta la dose à 2 g. Le mieux se dessina alors, et la fièvre disparut. Quant à la quantité de l'urine, nous la voyons augmentée dès le lendemain de l'administration du médicament; elle se maintient à un taux assez élevé, et bientôt augmente de nouveau lorsque la dose du médicament est élevée et portée à 2 g.

Observation xiv. — *Rhumatisme articulaire aigu, compliqué de vaginite et d'ulcération du sacrum. Cessation des douleurs à deux reprises par un traitement de huit jours au moyen de chlorhydrate de propylamine. Guérison par le sulfate de quinine...* X... 38 ans, ménagère, d'un tempérament lymphatique, s'aperçoit le 10 février 1873 d'un écoulement vaginal. Le 15 février, elle ressent des douleurs dans les genoux, l'épaule gauche, le coude droit et les doigts des deux mains, et elle entre le 22, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Béhier.

24 février. — P. 98; T. 38°,2; urine 500 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 10.

25 février. — P. 103; T. 38°,8; urine 625 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 20.

26 février. — P. 104; T. 39°,2; urine 1,400 gr. — Il se forme une ulcération au sacrum. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 30.

27 février. — P. 100; T. 38°,8; urine 1,425 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 40.

28 février. — P. 86; T. 38°,8; urine 1,900 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 50.

1er mars. — P. 90; T. 38°,2; urine 1,300 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 50.

2 mars. — P. 84; T. 38°,5; urine 1,500 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 50.

(1) Voir les nos 12, 17 et 19 du *Progrès Médical*.

5 mars. — Mieux très-sensible. — P. 80; T. 37°,8; urine 1,625 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 75.

4 mars. — P. 100; T. 38°,2. — Pas de triméthylamine.

5 mars. — P. 98; T. 38°,4. — Urine 875.

6 mars. — P. 98; T. 39°,2. — Urine 1,625.

7 mars. — P. 94; T. 38°, 4 Urine 1,606 gr. — Chlorhydrate de triméthylamine 0 gr. 50.

8 mars. — P. 86. T. 37° 6.

A partir de ce moment la quantité d'urine n'est plus notée ; mais bientôt le pouls et la température s'abaissent, et le chlorhydrate de triméthylamine ayant manqué, on donne pendant 4 jours du sulfate de quinine qui amène la guérison qui était complète le 24 février.

Ici, l'action diurétique de la triméthylamine paraît assez marquée ; en effet, après avoir rendu 500 grammes, puis 625 grammes d'urine, la malade en rend bientôt 1.400 gr. et même 1,900 grammes: le traitement ayant cessé, on voit les urines descendre de 1,625 grammes à 875 grammes; il est vrai que le surlendemain quoique l'on n'ait pas administré de triméthylamine, les urines ont donné 1,625 grammes.

A ces observations nous en ajouterons deux que nous empruntons au travail de M. Dujardin-Beaumetz; nous ne nous dissimulons pas qu'elles sont d'une médiocre importance.

Observation xv. — *Rhumatisme articulaire aigu, datant de 15 jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en cinq jours.* (Hôtel-Dieu, service de M Martineau, suppléant de M. Tardieu ; observation recueillie par M. Hofer, élève du service). M... 27 ans, couturière, entre le 10 janvier, à l'Hôtel-Dieu, pour un rhumatisme occupant la machoire inférieure, le coude, les genoux et les pieds. Après un traitement de 4 jours par le sulfate de quinine sans résultat appréciable, on administre la triméthylamine à la dose de 0 gr. 50, 0 gr. 75 et 1 gr. — Au bout de 4 jours, on mesure les urines, et voici la mention que nous trouvons.

22 janvier. — Les articulations sont complètement dégonflées. Sommeil; appétit excessif. On mesure les quantités d'urine pour la première fois. 3 litres en 24 heures. Peu de transpiration. Continuation du traitement.

23 janvier. — La guérison continue ; 3 litres d'urine. — Propylamine 25 cent.

24 janvier. — 2 litres d'urine ; même traitement.

27 janvier. — La propylamine est supprimée et la malade quitte le service le 3 février.

Observation xvi. — *Rhumatisme articulaire aigu datant de 15 jours. Traitement par la triméthylamine. Guérison en 4 jours.* (Hôtel-Dieu, service de M Martineau ; observations recueillies par M. Clépier, externe du service). Julie Est... 40 ans, domestique, est atteinte depuis 15 jours d'un rhumatisme occupant les articulations tibéo-tarsiennes, caxo-fémorale et du genou.

16 janvier. — Douleurs vives ; propylamine 0 gr. 50.

17 janvier. — Douleurs moins vives ; propylamine 0 gr. 75.

18 janvier. — Même état ; propylamine 1 gr. Appétit considérable ; urine 3 litres ; sueurs abondantes.

19 janvier. — Les douleurs ont disparu. Diminution de la dose de la propylamine. Le 25 elle est supprimée. La quantité d'urine a diminué en même temps que la dose de propylamine était diminuée.

Evidemment il ne faut pas trop se hâter de conclure des faits aussi peu nombreux, aussi peu évidents ; nous croyons donc que dans l'état actuel de la question, il ne faut admettre qu'avec une certaine réserve l'action diurétique de la triméthylamine. Nous en dirons autant de l'exagération des sueurs que nous trouvons notée dans quelques observations.

Selon MM. Fargier-Lagrange et Dujardin-Beaumetz, la triméthylamine diminue le chiffre de l'urée. Malheureusement, ces conclusions s'appuient sur trois ou quatre observations et ne s'imposent pas immédiatement à l'esprit. Tandis que dans les faits observés, nous voyons généralement sous l'influence de la triméthylamine, une diminution du chiffre de l'urée variant de 2 à 3 grammes, nous trouvons quelquefois, sans en trouver l'explication, une augmentation subite, alors même que le médicament n'avait pas été interrompu, et que la dose n'avait pas été diminuée. Voici d'ailleurs les faits qui nous sont connus jusqu'à présent :

Observation xvii. — *Arthrite déformante. Administration de la propylamine et analyse des urines. Diminution du chiffre de l'urée.* (Observation rapportée dans la thèse de M. Fargier-Lagrange). Catherine H... âgée de 47 ans, a eu plusieurs attaques de rhumatisme, à la suite desquelles il lui est resté de petites nodosités dans les articulations des pieds et des mains; il y a aussi de la déformation dans le poignet et le coude droits, ainsi que dans les deux articulations scapulo-humérales. Cette femme fut traitée à diverses reprises par la triméthylamine et toujours elle en éprouva du soulagement.

Au mois de novembre 1869, M. le professeur Coze jugea à propos de procurer de nouveau à cette malade les bénéfices de la triméthylamine ; mais avant de remettre cette femme sous l'influence du médicament en question, on fit analyser les urines.

Urines de 24 heures, du 28 au 29 novembre 1869 : Quantité 1,100 cent. cubes. Légèrement acide. — Densité : 1.014. Couleur orangée :

Eau......................gr.	1068	54
Matières solides..............	31	46
Matières organiques............	20	79
Matières salines inorganiques.....	10	67
Urée....................	15	18
Acide urique..............	0	099
Matières extractives........	5	51
Chlorure de sodium...........	6	15

On administre la triméthylamine à la dose de 0 gr. 60 et les urines sont de nouveau examinées le 8 décembre.

Quantité : 900 cent. cubes. — Densité 1,015. Couleur orangée.

Eau......................gr.	871	02
Matières solides..............	28	98
Matières organiques............	19	44
Matières salines inorganiques.....	9	54
Urée....................	12	94
Acide urique..............	6	18
Matières extractives........	6	12
Chlorure sodique...........	7	12

Nous voyons, en effet, que l'urée a baissé de 2 gr. 29 ; mais suffit-il d'une seule analyse alors surtout que la quantité d'urine rendue a été inférieure de 150 grammes ?

Dans un autre cas, M. Fargier-Lagrange a encore pratiqué l'analyse des urines ; nous en consignons simplement les résultats.

Observation xviii. — *Arthrite déformante. Traitement par la triméthylamine. Analyse des urines. Diminution du chiffre de l'urée.*

Urines de 24 heures : 1,200 cent. cubes. Légèrement acide. Densité 1,013. Couleur orangée.

Eau......................gr.	1167	
Matières solides..............	33	
Matières organiques............	23	64
Matières salines inorganiques.....	9	36
Urée....................	17	64
Acide urique..............	0	14
Matières extractives........	5	13
Chlorure sodique...........	5	88

On administre 60 centigrammes et voici le résultat de l'analyse :

Urines de 24 heures : 1,100 cent. cubes. Densité 1,015. Couleur citrine.

Eau......................	1069	64
Matières solides..............	30	36
Matières organiques............	21	56
Matières salines inorganiques.....	8	80
Urée....................	15	95
Acide urique..............	0	22
Matières extractives........	5	17
Chlorure sodique...........	5	82

Nous avons ici une diminution de plus de 2 grammes d'urée : dans une autre observation la diminution a été de 3 grammes.

Nous empruntons les faits qui suivent au travail de M. Dujardin-Beaumetz :

M. Bouchard, à la Charité, a soumis un homme, d'ailleurs bien portant, à l'action de la triméthylamine. Les analyses ont été faites, et comme on le voit par les résultats que nous donnons ci-après, le chiffre de l'urée sécrétée en 24 heures baisse de 21 gr. 22 à 15 gr. 37 en trois jours après l'administration de 1 gr., puis 1 gr. 50 et 2 gr. de triméthylamine.

28 février. — Avant l'administration du médicament, on pèse les urines et l'on trouve 1,160 grammes. L'urée rendue est de 21 gr. 22 eu par litre 18 gr. 3. On administre un gramme de propylamine.

1er mars. — Les urines rendues donnent 1,380 grammes. On trouve 17 gr. 11 d'urée, soit 12 gr. 4 pour un litre. — Propylamine 1 gr. 50.

2 mars. — Urines 1,546 gr. — Urée rendue 18 gr. 78 soit 12 gr. 2 par litre. — On donne 2 gr. de propylamine.

3 mars. — Urines 1,260 gr. — Urée 15 gr. 37, soit 12 gr. 2 par litre.

M. Dujardin-Beaumetz ajoute que l'analyse des urines avait été faite plusieurs fois avant l'administration du médicament et que les chiffres obtenus ne différaient que peu de ceux que nous avons consignés pour l'analyse du 28 février.

M. Hirne, interne des hôpitaux, a de son côté fait des recherches analogues sur un homme d'ailleurs bien portant, les analyses ont été faites à peu près régulièrement comme on peut le voir par le tableau ci-dessous : ajoutons que l'analyse des urines faite avant l'administration du médicament donnait pour la moyenne de l'urée 24 gr. 37.

27 février.	0 gr. 75 de propylamine,		19 58	d'urée en 24 heures.
1er mars..	id.	—	28 08	—
2 —	id.	—	28 22	—
3 —	id.	—	14 64	—
4 —	id.	—	29 15	—
5 —	id.	—	30 47	—
6 —	id.	—	17 29	—
7 —	id.	—	21 10	—
8 —	id.	—	17 20	—
9 —	id.	—	29 25	—
10 —	1 gr. 50	—	14 84	—
11 —	id.	—	20 28	—
12 —	id.	—	29 20	—
13 —	id.	—	25	—

En moyenne, par 24 heures, 23 gr. [illegible] d'urée.

Y a-t-il lieu, comme le fait avec trop d'ardeur M. Dujardin-Beaumetz, de tirer la conclusion que la diminution de l'urée est ici évidente? Soit, la moyenne lui donne raison ; mais pourquoi ces écarts, de 29 gr. 25 à 14 gr. 24 ? Est-ce parce qu'on a élevé la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. 50 ? Mais pourquoi, alors que l'on donnait 0 gr. 75 de propylamine, voyons-nous le chiffre de l'urée s'élever, le 4 mars, à 29 gr. 15, lorsque le 3 il n'était que de 14 gr. 64? — Evidemment, il y a des réserves à faire, et il ne faut pas trop se hâter de conclure.

Dans l'observation qui va suivre et qui a été recueillie dans le service de M. Bouchard, la diminution de l'urée pendant le traitement du rhumatisme par le chlorhydrate de triméthylamine, a été considérable. Nous résumons le fait d'après le *Bulletin de Thérapeutique* du 15 mai 1871.

Observation xix. — *Rhumatisme articulaire aigu généralisé; cinquième attaque datant de quatre jours; traitement par le chlorhydrate de triméthylamine; guérison en huit jours.* (Hôpital de la Charité, service de M. Bouchard. Observation recueillie par M. Michel, externe du service). — Duf... âgé de 34 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 19 mars 1873. Le malade, d'une constitution vigoureuse, est atteint d'un rhumatisme articulaire aigu; c'est la cinquième attaque. Les autres attaques ont duré, la moindre 24 jours, la plus longue 3 mois.

19 mars — Le malade souffre depuis le 15 mars, où il ressentit des douleurs assez vives dans le poignet droit et dans l'articulation du genou du même côté; le lendemain, les articulations coxo-femorale et scapulo-humérale du côté droit se prirent à leur tour, puis le lendemain celles du côté gauche. Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, toutes les articulations sont gonflées et douloureuses, excepté celles des doigts de pieds et des mains, et l'articulation tempero-maxillaire. Pouls fréquent et petit; *matin*, T. R. 39°, 6. On prescrit du bicarbonate de soude et un lavement purgatif; *soir*. T. R. 39°, 6.

20 mars. — Même état. — T. 39°, 6. — *Soir.* T. 40°, 2. Bicarbonate de soude.

21 mars. — L'état est toujours à peu près le même; insomnie. — T. 39°, 2. — *Soir.* T. 40°.

22 mars. — Douleurs vives; excitation, insomnie. — T. 39°, 2. — On prescrit 50 cent. de chlorhydrate de triméthylamine. — *Soir.* 38°, 8. — T. Urine ; 970 gr., urée 40 gr. 74.

23 mars. — Les articulations sont toujours douloureuses, cependant le malade a un peu dormi ; les bruits du cœur sont éloignés ; il semble que l'on perçoive un léger bruit de frottement, pas de matité cependant. — T. 40°, 2. — Vésicatoire à la région précordiale. — *Soir.* T. 40°, 4. — Urine : 950 gr.; urée 43 gr. 70.

24 mars. — Les articulations du bras ne sont plus douloureuses ; l'enflure et la rougeur ont disparu ; il reste très-peu de douleur dans les articulations du pied. T. 38°, 2. — *Soir.* T. 38°. — Urine : 880 gr.; urée 27 gr. 45.

25 mars. — Nuit bonne ; appétit. — T. 37°, 4. Triméthylamine 0 gr. 50. Urine : 710 gr.; urée 19 gr. 31.

26 mars. — L'amélioration continue. T. 37°. — *Soir.* 37°, 4. — Urine : 1,225 gr. ; urée 8 gr. 59.

27 mars. — Même état. T. 37°. — On cesse l'emploi de la triméthylamine. — *Soir.* T. 37°, 2. — Urine : 1,500 gr.; urée 9 gr. 30.

28 mars. — T. 37°. — *Soir.* 37°, 2.

29 mars. — T. 33°. — *Soir.* 37°, 2.

31 mars. — Le malade sort de l'hôpital dans un état de santé parfaite. — Urine : 930 gr.; urée 8 gr. 55.

Nous voyons ici un rhumatisme articulaire aigu des plus intenses, guérir en moins de huit jours sous l'influence du traitement par la triméthylamine. L'urine, au point de vue de la quantité rendue ne nous indique rien de particulier, mais l'urée a subi une diminution, très-considérable ; de 40 gr. 75 par vingt-quatre heures qu'il était avant l'expérience, le chiffre de l'urée s'est abaissé au chiffre de 9 gr. 50 et même de 8 gr. 60. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le choléra ; influence des mouvements de troupes.

Nous n'avons pu, dans notre dernier numéro, relever comme ils le méritent, les renseignements que M. le Dr Fayel a eu l'obligeance de nous envoyer sur le choléra dans la ville de Caen. Aussi croyons-nous devoir y revenir aujourd'hui.

Les dangers que nous avons signalés naguère relativement aux déplacements des masses d'hommes sont rendus évidents par les faits. Ainsi, alors que le choléra était en voie de décroissance à Caen, des troupes sont expédiées de Paris dans la cité normande et bientôt l'épidémie prend un nouveau développement. Les soldats ne sont pas épargnés. Habitués à boire du vin, on leur donne du cidre et ce changement dans leur régime alimentaire ne pouvait que les rendre plus accessibles à l'action de l'épidémie. Voilà un premier fait.

Le 51e de ligne, qui était à Caen est envoyé à Amiens dont la municipalité, sachant par expérience combien la ville est prédisposée au choléra, s'émeut avec raison et finit par obtenir que le régiment sera dirigé sur Abbeville. Toutefois il s'était déjà produit un accident : Un soldat pris de choléra fut obligé de rester à Amiens. Tel est du moins le récit de notre correspondant, car nous apprenons d'une autre source qu'il y aurait eu plusieurs cas de choléra. Voilà un second fait.

Enfin, d'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, on aurait constaté à Saint-Germain et à Vincennes quelques cas de choléra à la suite des derniers changements de troupes.

Ces faits rendront-ils prudente l'Administration militaire? On serait heureux de pouvoir l'espérer; mais, avec cette prétention à l'infaillibilité qui constitue l'un des caractères de nos administrations, on s'exposerait peut-être à une déception. En effet, dans les circonstances actuelles, comme en bien bien d'autres et par exemple durant la campagne de Crimée, les médecins militaires et en particulier l'un des plus respectés par son savoir et des plus autorisés par sa position, a fait tout ses efforts pour faire retarder ces mutations. On voit comment ces conseils ont été suivis.

Erratum. — Les cours de MM. Tillaux, Terrillon et Marchand à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, ont lieu à 4 heures et non pas à une heure.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Pelletan de Kinkelin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, et celle de M. Godart, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Pontoise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. DELPECH. — L'épidémie cholérique a encore décru. Du 28 octobre au 3 novembre inclusivement, il n'y a eu que 20 décès qui se répartissent ainsi : en ville, 7 ; dans les hôpitaux civils, 11; dans les hôpitaux militaires, 2. Il n'est entré que 6 malades dans les hôpitaux et 7 cas se sont développés intérieurement. Enfin, dans la journée du 3, aucun décès n'a été constaté ni en ville, ni dans les hôpitaux. Il est à remarquer que la décroissance notable de l'épidémie a concordé avec les grandes tempêtes qui ont régné sur le littoral.

M. CORNIL vient donner lecture d'un travail très-intéressant sur *l'Etat pathologique des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie*. Au fur et à mesure de sa lecture, l'auteur fait passer sous les yeux de l'Académie des dessins démonstratifs.

M. HERVIEUX reprend la discussion sur le *choléra et les diarrhées cholériques*. Avec MM. Fauvel et Chauffard, l'orateur vient combattre la théorie de M. J. Guérin et soutenir celle de l'importation, qui se fait toujours par les voies terrestres et maritimes les plus suivies.

M. LE PRÉSIDENT. — Deux places de membres titulaires de l'Académie sont vacantes. L'une, celle de M. Huguier, dans la section de pathologie chirurgicale, l'autre, celle de M. Dubois (d'Amiens), dans la section de pathologie médicale.

A cette occasion, M. le président rappelle que depuis longtemps deux autres places ont été déclarées vacantes, celle de M. Louis, dans la section d'anatomie pathologique, et celle de M. Leblanc dans la section de médecine vétérinaire.

M. BARTH fait observer que le règlement ne dit pas que les élections doivent se faire d'après l'ordre d'ancienneté de vacance.

M. LÉON LEFORT présente deux malades opérés par lui. L'un est un garçon de quinze ans, qui était atteint d'*exstrophie de la vessie*; l'autre, un jeune garçon *amputé d'un pied* par le *procédé de Pirogoff*, modifié par l'opérateur. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 juillet. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Remarques sur une tumeur épithéliale du maxillaire inférieur, pulsatile et vasculaire, présentées pour obtenir le titre de membre titulaire, par M. TERRILLON, prosecteur des hôpitaux.

Tumeur épithéliale du maxillaire inférieur, pulsatile et donnant un bruit de souffle intermittent. — Ligature de la carotide externe qui arrête les pulsations et le bruit du souffle. — Plus tard, ablation de la moitié correspondante du maxillaire. — Guérison.

La femme Gerrot, âgée de 62 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié, (service de M. le professeur VERNEUIL), salle Saint-Augustin, n° 26, le 1er avril 1873.

Cette femme a toujours été bien portante, et on ne peut trouver dans sa famille aucun antécédent cancéreux.

Elle raconte qu'il y a un an environ elle vit se développer un peu au-dessous de l'arcade zygomatique une tuméfaction diffuse et profonde qui ne la gênait que fort peu et n'attirait point son attention.

La tumeur grandit un peu, au point de déformer la joue, et bientôt survint un premier symptôme, qui inquiéta la malade. Elle entendait un bruit de souffle d'abord très minime qui alla en augmentant et qu'elle compare à celui que fait une locomotive en marche.

Sans provoquer ni gêne ni douleur, et ne se manifestant que par une tuméfaction diffuse qui déformait la joue, et un bruit de souffle perpétuel, la tumeur augmenta lentement et envahit jusqu'au voisinage de l'angle de la mâchoire.

L'évolution était très lente ; lorsque quinze jours avant son entrée (neuf mois et demi après le début), la tumeur augmenta rapidement, donna lieu à quelques douleurs s'irradiant dans la tête.

Enfin la veille de son entrée elle sentit se développer dans la bouche, à coté de la langue et sur le bord de la mâchoire, un bourgeon saillant noirâtre qui saignait facilement Elle se décida alors à demander les secours de M. Verneuil.

Etat au moment de son entrée 1er avril. Cette femme est vigoureuse malgré son âge, et ne présente aucune apparence cachectique,

Au niveau de la joue droite, elle porte une tumeur profonde dont les limites sont : en haut l'arcade zigomatique et l'os malaire qui sont distincts, en bas le bord et l'angle de la mâchoire inférieure qui sont également encore sensibles sous la peau. En arrière le creux parotidien légèrement effacé. En avant elle empiète un peu sur le bord antérieur du masséter. La peau légèrement tendue est saine, lisse et mobile. Quand la malade resserre les mâchoires on sent le masséter se contracter légèrement sous le doigt.

La tumeur est donc plus profonde que lui.

Du côté de la bouche ; le bord alvéolaire inférieur dépourvu de ses dents est épais, repoussé en avant et en dedans et en un point correspondant à la deuxième grosse molaire, la gencive paraît largement perforée pour laisser passer un bourgeon rouge, gros comme le pouce. Le bourgeon qui date d'avant hier est rouge noirâtre, gorgé de sang, saigne au moindre contact, et repousse le bord de la langue. La bouche est remplie de détritus noirâtres qui donnent une odeur fétide à l'haleine.

L'ensemble de ta tumeur profondément située paraît avoir le volume d'une petite orange.

On constate à son niveau trois signes importants. Un bruit de souffle violent, coïncidant avec la systole artérielle, mais localisé à la tumeur.

Un battement en masse, perceptible par la vue, le toucher superficiel et aussi quand on saisit la tumeur entre deux doigts l'un placé dans la bouche l'autre placé extérieurement. La compression de la carotide abolit aussitôt le battement et le souffle.

Pas de ganglions. — Aucun signe subjectif autre qu'une légère gêne des mouvements de la langue, le bruit de souffle perçu par la malade. Un fait important à signaler, c'est que la malade ouvrait la bouche avec facilité ; un peu moins cependant qu'auparavant.

Le 3 avril. Elle a perdu du sang par le bourgeon buccal, on a été obligé de comprimer directement pour arrêter l'hémorrhagie.

Le 4 avril. M. Verneuil, dans la crainte d'une hémorrhagie grave imminente, et tenant compte de cette particularité, que la compression de la carotide droite arrête le souffle et les battements, pratique la ligature de la carotide externe.

Aussitôt qu'on eut serré le fil placé sur cette artère, les battements et le souffle cessèrent, la tumeur s'affaissa légèrement, et le bourgeon buccal au lieu d'être turgide et sanguinolent diminua légèrement.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, la plaie suppura et s'il survint un peu de sang, le 5 avril. quand on voulut tenter d'enlever le fil de la ligature, celle-ci s'arrêta bien vite. La tumeur resta stationnaire et aucun souffle ni battement en reparut. Le bourgeon buccal était devenu noirâtre et flétri, aussi quelques jours après la ligature (9 avril) M. Verneuil en a enlevé un morceau sans provoquer d'hemorrhagie.

M. Ranvier, qui eut l'obligeance d'examiner cette partie du bourgeon, nous dit qu'il était constitué par un épithéliome tubulé à cellules pavimudeuses.

10 mai. — La plaie de la ligature était complétement fermée le 10 mai, la malade sortit de l'hôpital le 26 mai, pour aller dans sa famille. Elle devait revenir dans quelque temps, et au moment de son départ, elle ne se plaignait que de l'odeur insupportable que les détritus du bourgeon buccal déversaient dans sa bouche. Elle amoindrissait cette odeur avec une solution faible de permangate de potasse.

20 juin. — Elle rentre à l'hôpital demandant qu'on la débarrasse de sa tumeur. Celle-ci cependant est toujours stationnaire, mais la malade est toujours incommodée par l'ichorputride qui vient du bourgeon buccal. Celui-ci cependant ne saigne plus et ne proémine que de deux centimètres, mais

il se renouvelle à mesure que son extrémité se putréfie. — Pas de battements, ni de souffle.

24 juin. M. Verneuil se décide a enlever le maxillaire inférieur (moitié droite), se proposant d'aller à la recherche des prolongements que la tumeur pouvait envoyer dans le voisinage.

Une incision est pratiquée sur le bord inférieur du manillaire jusqu'à l'angle, une autre verticale remonte en avant du tragus.

Le masséter apparait sain. En pressant sur la tumeur pour la séparer des parties voisines, elle se vide par la bouche, en passant par l'orifice gingival qui donnait issue au bourgeon buccal.

On scie la mâchoire à droite de la symphise en avant du masseter. Toute la tumeur est extraite, mais à son niveau le maxillaire est détruit, et il ne reste de la branche montante que le condyle complétement isolé au niveau du col qu'on est obligé d'extraire avec un davier.

On passe un tube à drainage dans les deux angles de la plaie, après avoir réuni avec des fils d'argent la partie moyenne.

Aujourd'hui 10 juillet la malade est presque guérie.

Examen de la tumeur. — 1° *Examen macroscopique.* — La production morbide a détruit complètement la branche montante de la mâchoire en respectant le bord inférieur et le condyle.

Comme elle s'est vidée par l'orifice gingival, elle représente actuellement une cavité limitée en dehors par le masseter sain, en dedans par le ptérygoidien interne sain, en arrière par un tissu fibreux qui la sépare de la parotide, et en avant par la muqueuse gingivale hypetrrophiée et soulevée. Celle-ci laisse un orifice de la grosseur du pouce par lequel sortait le bourgeon buccal.

2° *Examen microscopique.* — Cet examen fut fait avec beaucoup de soin par notre ami M. le Dr Malassez dans le laboratoire de M. Ranvier au collége de France. Cet examen confirme pleinement celui de M. Ranvier pratiqué sur une partie du bourgeon buccal enlevé avant l'opération.

Toute la masse est formée par un épithéliome tubulé à cellules pavimenteuses. Dans certains points la section perpendiculaire à l'axe des tubes laisse voir un épithéliome régulier comme dans certains épithéliômes à cellules cylindriques, et laissant une lumière au centre du tube. On ne trouve qu'une quantité très-minime de tissu conjonctif adulte entre ces tubes, qui s'entre-croisent en divers sens. Ils ne sont donc séparés partout que par des vaisseaux capillaires très-nombreux volumineux et dont les parois parfaitement adultes sont revêtues d'un épithélium facile à reconnaitre. — On ne peut savoir à cause du développement de la tumeur quel en a été le point de départ.

Résumé et réflexions. — Plusieurs points intéressants méritent d'être signalés dans cette observation. Parmi les tumeurs épithéliales du maxillaire inférieur, les unes débutent par le périoste, ont leur siége primitif au niveau du bord libre de la gencive; les autres au contraire débutent par l'os et ne proéminent que plus tard à travers la gencive perforée. Ce second mode de début a été très manifesté dans notre observation, car on voit que le bourgeon intra buccal saignant, qui a nécessité l'intervention chirurgicale, n'a apparu que longtemps après le développement de la tumeur.

La nature de l'épithéliome mérite d'être noté, car si on a affaire le plus souvent à des épithéliomes lobulés qui ont paru d'abord sous forme d'épulis, on n'a pas encore noté d'une façon spéciale l'épithéliome tubulé siégeant dans l'os maxillaire inférieur.

M. Ranvier qui a examiné un grand nombre de tumeurs des deux maxillaires nous a assuré que l'épithéliome tubulé était très fréquent sur le maxillaire supérieur, mais qu'il n'en avait pas encore rencontré au maxillaire inférieur.

Enfin deux symptômes très remarquables existaient dans ce cas ; le souffle et le battement avec expansion en masse de la tumeur. Il faut noter surtout que ces deux symptômes étaient sous la dépendance exclusive de la carotide externe qui régissait la circulation de cette tumeur.

En effet la ligature abolit instantanément le souffle et le battement, et arrêta même le développement de la tumeur qui n'était alors alimentée que par des artères collatérales faibles.

Aucun ganglion n'a paru engorgé, ce qui est un fait rare car ordinairement les épithéliomes de cette région, sont presque toujours rapidement accompagnés de ganglions sous-maxillaires, dont l'envahissement secondaire est ordinairement rapide

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Cancer colloïde du péritoine pris pendant la vie pour un kyste de l'ovaire, par M. Cornil, médecin des hôpitaux et M. Robin, interne.

M. Robin fait voir les préparations microscopiques relatives à une tumeur du péritoine appartenant à la variété de cancer dite colloïde. La tumeur avait débuté *quinze ans auparavant*, sans jamais provoquer la moindre douleur : elle avait petit à petit augmenté, surtout depuis deux ans, de telle façon qu'elle simulait complétement de l'ascite ou un kyste de l'ovaire. Le diamètre transversal du ventre était de 64 centimètres, son diamètre vertical de 75. La tumeur donnait lieu à une fluctuation superficielle tellement évidente que M. Gosselin n hésita pas à diagnostiquer un kyste uniloculaire à contenu séreux. Une ponction fut pratiquée, et ne donna issue qu'à quelques fragments de matière gélatineuse. La mort survint huit jours après.

A l'autopsie, on trouva la paroi abdominale complètement adhérente à une production colloïde, demi-transparente, qui fut reconnue pour être le péritoine dégénéré. Tous les viscères étaient sains. Il existait des poches colloïdes en voie de ramollissement dans l'épaisseur du ligament coronaire du foie. Les organes génitaux étaient sains.

M. Cornil. Jai fait l'examen de la tumeur, et voici les principaux détails qu'elle présente. Les points les plus nettement colloides montrent les alvéoles du carinôme, et dans leur intérieur de gros éléments de cellules à zônes concentriques vers leur périphérie, qui leur donne l'aspect de segments de sphère emboîtés les uns dans les autres. Le noyau de ces cellules est granuleux, ratatiné et atrophié.

A côté de ces points carcinomateux, il y en a d'autres, qui consistent dans des productions kystiques et végétantes qui deviennent elles-mêmes colloides. En étudiant ces parties, on voit que vers le pédicule de ces excroissances, le tissu conjonctif abonde et s'épanouit en fibrilles tenues qui forment réseau et supportent une sorte de bourgeonnement de cellules embryonnaires. Les cellules colloides sont à ce niveau moins abondantes. Même apparence pour certains petits kystes transparents appendus à l'intestin : ici encore, grand développement de bourgeons charnus et de tissu conjonctif tenu, entourés d'une masse colloide. Ces lésions en ces points, ont une très-grande analogie avec celles de la péritonite chronique purement inflammatoire au niveau de la surface convexe du foie, notamment, la ressemblance est frappante, au point qu'on peut faire quelques réserves au sujet de la nature carcinomateuse de la tumeur.

Ce fait est intéressant à plus d'un titre. D'abord il s'agit d'une maladie localisée primitivement sur le péritoine, sans point de départ viscéral. De plus, cliniquement, la lésion simulait complétement une tumeur kystique de l'ovaire, avec ascite, et l'erreur de diagnostic était justifiée par la longue durée des accidents.

M. Renaut, à propos des préparations microscopiques de M. Cornil, fait remarquer que dans l'épiploon les trabécules conjonctifs sont effacés, comme les travées de ganglions lymphatiques quand ils vont être envahis par le cancer. C'est là un processus très-voisin de celui de l'inflammation simple.

REVUE CHIRURGICALE

I. Un nouveau cas d'extirpation du rein suivi de guérison, par le Dr GILMORE (de l'Albama.)

II. De la lithotritie rénale, par le Dr F. MIQUEL (de Tours).

III. Traité de la galvanocaustie thermique, par le Dr BOECKEL (de Strasbourg). Paris, J.-B. Baillière.

IV. De la Tracheotomie par le cautère actuel, par MM. les docteurs DE RANSE et MURON. — (*Gazette médicale.*)

V. Traité des sections nerveuses, par le Dr E. LETIÉVANT, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Paris, J. B. Baillère (1).

IV. Plusieurs fois déjà, M. Verneuil s'est servi du galvanocautère pour pratiquer la trachéotomie. Malgré les avantages de ce procédé, il est peu probable qu'il se généralise dans la pratique : les difficultés du maniement de l'instrument et sa cherté en rendent l'emploi difficile. MM. de Ranse et Muron ont eu récemment l'idée d'ériger en méthode définitive, l'opération de la trachéotomie par le cautère actuel ; déjà M. de Saint-Germain en avait fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie, et une discussion intéressante avait démontré l'utilité de ce procédé dans certaines circonstances. C'est pour le consacrer, et en démontrer l'innocuité que MM de Ranse et Muron, suppléant en cela les faits cliniques, ont eu recours à l'expérimentation chez les animaux. Ils ont pratiqué sans hémorragie, et pour ainsi dire à sec, la trachéotomie sur 22 chiens.

D'après ces chirurgiens, si la trachéotomie faite avec le bistouri présente plus de rapidité dans l'opération et si la cicatrisation en est plus régulière, la trachéotomie pratiquée à l'aide du cautère actuel n'est pas aussi émouvante ; elle met à l'abri de l'écoulement sanguin et elle n'offre jamais de complications. On peut opérer couche par couche, et jamais le sang n'empêche de reconnaître les tissus. Quels sont d'après MM. de Ranse et Muron les indications de la trachéotomie par le cautère actuel ? Chez les individus gras, dont la trachée est difficile à sentir avec le doigt sous une épaisse couche de téguments, lorsqu'un œdème de la glotte a déterminé une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, lorsqu'il y a une hypertrophie considérable du corps thyroïde — qui peut amener une hémorrhagie foudroyante, il faut pratiquer la trachéotomie à l'aide du cautère actuel. L'instrument est facile à se procurer : un couteau de table rond et épais du bout. Mais si l'on veut réussir, il faut procéder avec méthode, et suivre les trois temps indiqués :

Premier temps. — Division de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané avec la partie la plus large de l'instrument. Celui-ci doit être au début chauffé au *rouge-blanc*. Au second temps il sera *rouge-cerise* : c'est à ce moment que, d'après les expériences des auteurs, il est le plus hémostatique.

Deuxième temps. — Écartement des tissus divisés à l'aide d'une pince ordinaire à fort ressort et division des tissus jusqu'à la trachée exclusivement.

Troisième temps. — Écartement de tous les tissus divisés ; section de la trachée avec le bistouri ; distension de la plaie trachéale avec le dilatateur Laborde et introduction de la canule.

Nous ne ferons à ce procédé qu'une seule objection : les auteurs semblent craindre eux-mêmes qu'en appliquant le galvano-cautère près de la trachée on ne produise la destruction, dans une étendue trop vaste, du périchondre et que la nécrose du cartilage ne survienne : et alors, est-il toujours possible d'arrêter juste à temps l'effet du cautère, et d'en prévenir le rayonnement dans la profondeur ? D'un autre côté, sur les cerceaux de la trachée reposent les plexus veineux thyroidiens qui donnent tant de sang au moment de l'incision de la trachée : le cautère n'en pourra donc produire l'hémostasie ?

Nous pensons donc qu'il faut d'une façon générale accorder la préférence au bistouri : mais il est évident que la trachéotomie par le cautère actuel peu devenir indispensable au praticien isolé, ou dans les circonstances particulières que nous avons précisées plus haut.

Nous ne voulons pas terminer cette revue sans signaler à nos lecteurs l'important ouvrage du *Traité des sections nerveuses*, que vient de faire paraître M. Letievant, chirurgien désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce traité, par le sujet qu'il expose, par les vues originales qu'il contient, demande une étude détaillée que nous ne pouvons faire aujourd'hui. Nous nous contenterons d'en signaler les principaux points et nous y reviendrons plus tard, sous un autre point de vue.

Le traité des sections nerveuses comprend trois parties : 1° la physiologie pathologique des sections nerveuses chez l'homme ; 2° les indications des sections nerveuses dans les maladies ; 3° les procédés opératoires de névrotomie.

Les travaux de Waller en 1852, de MM. Vulpian et Philippeaux avaient démontré que le bout périphérique d'un nerf divisé, se régénérait au bout d'un certain temps, un ou deux mois au plus, et qu'enfin la perte de substance du nerf se réparait vers le troisième ou quatrième mois, quand, vers 1864, parut une observation, qui eut un grand retentissement. Chez un malade dont le nerf médian avait été sectionné par un accident, Laugier réunit les deux bouts par une suture, et le jour même de l'opération, constata le retour de la motilité et de la sensibilité. On s'empressa de citer le cas comme un exemple de régénération immédiate du nerf. De là, grande discussion à la société de chirurgie. Il y eut des incrédules et parmi ceux-ci MM. Verneuil et Paulet. On ne pouvait expliquer ce retour si rapide de la sensibilité et de la mobilité, mais il était évidemment impossible que le nerf se fut régénéré si vite. Victor Von Burns avait vu la sensibilité et le mouvement revenir subitement dans un nerf coupé sans même qu'il eût essayé d'en réunir les bouts !

M. Letievant pense avoir trouvé précisément l'explication de ce phénomène : les fonctions nerveuses se rétablissent par la *motilité et la sensibilité suppléées*. « Cette motilité et cette sensibilité ne sont pas en effet le résultat de la régénération du nerf : les inconvénients sont le produit des contractions diversement combinées des muscles voisins appartenant aux nerfs non divisés ; la sensibilité résulte : 1° de la présence dans le département paralysé de filets nerveux qui y sont constamment et qui proviennent d'anastomoses plus ou moins connues ; 2° de la perception de certaines impressions par les papilles nerveuses voisines de la région paralysée et qui appartiennent à des nerfs sains. »

Telle est en résumé l'explication physiologique proposée par M. Letievant pour expliquer les faits prétendus de régénération immédiate. M. Letievant dans la première partie décrit les déformations de chaque nerf des membres et de la face après leur section ; il démontre que, quand un nerf est coupé, tout son territoire n'est pas réellement paralysé, qu'il n'existe *qu'une plaque d'anesthésie absolue* ; puis, tout autour de ce maximum d'anesthesie la sensibilité, renaît peu à peu. Des planches schematiques représentent par des ombres plus ou moins foncées, les différents degrés de sensibilité, et les déformations après chaque section. Enfin il recherche avec soin pour chaque cas, les muscles qui rétablisent en partie le mouvement, et les filets nerveux qui suppléent aux régions sensitives du nerf coupé.

La seconde partie comprend les indications chirurgicales des sections nerveuses chez l'homme. Quelle est l'influence et l'utilité de la section des nerfs : 1° dans les névralgies, 2° dans les douleurs symptomatiques du cancer, des ulcères etc., 3° dans le tétanos traumatique, 4° dans l'épilepsie, 5° dans les contractures, 6° dans les tumeurs des nerfs, 7° dans les blessures des nerfs ?

Dans les névralgies, la névrotomie ne mérite pas la défaveur à laquelle l'avaient condamnée certains chirurgiens : elle réussit presque toujours dans les névralgies périphériques et parfois dans les névralgies de causes centrales, et, alors, en raison de l'atrocité des douleurs, le chirurgien est autorisé à l'essayer. Dans tous les cas de névralgie il est nécessaire pour réussir de procéder d'une *façon méthodique* : il faut bien rechercher *les points douloureux*, et sectionner exactement, les nerfs qui y correspondent : tantôt on doit faire la mononevrotomie, tantôt il faut préparer la polynevrotomie.

Dans le *tétanos* M. Letievant croit à l'heureuse influence de la névrotomie. Il s'appuie sur l'anatomie pathologique : il y a

(1) Voir le n° 20 du *Progrès Médical*.

souvent, une névrite dans le tétanos dont le point de départ est périphérique et qui remonte rapidement vers les centres : mais l'auteur ne produit que des études anatomo-pathologiques incomplètes : il nous semble qu'il ignore complétement les deux faits si bien étudiés que M. le Dr Michaud, chirurgieu de l'hôpital à Saint-Étienne, a publié en 1869, dans les *Archives de physiologie*. Il cite aussi l'expérience de M. Brown-Sequard qui produit le tétanos eu plantant un clou dans la patte d'un chien, et le fait cesser en sectionnant les nerfs de la patte. Enfin, ce qui est plus concluant, M. Letievant a pu réunir 16 observations de sections nerveuses dans le tétanos, sur lequelle on compte 10 guérisons et 6 insuccès.

Pour lui, la date de l'opération, la manière dont débute le tétanos et surtout, certains symptômes accompagnant son évolution, le mode d'opération mis en usage, le nombre des nerfs divisés servent à découvrir la raison du succès ou de l'insuccès.

Dans l'épilepsie de cause périphérique, et l'auteur recherche avec soin les cas dans lesquels on peut découvrir ce tte origine, la section d'un ou plusieurs nerfs a souvent amené la disparition des attaques épileptiques.

La troisième partie est consacrée à la médecine opératoire. C'est là une étude qui complète avantageusement les descriptions des traités classiques depuis longtemps insuffisantes. Nous y remarquons, en particulier, les procédés opératoires pour les sections du nerf maxillaire supérieur, du nerf dentaire inférieur, du nerf lingual et du facial. Un grand nombre de planches bien faites sont parsemées dans le texte.

En résumé, le *Traité des sections nerveuses* forme une œuvre complète, renfermant des études originales très-intéressantes, qui vient bien à propos combler une grande lacune dans la littérature chirurgicale. H. DURET.

BIBLIOGRAPHIE

La médecine pneumatique ; ses applications au traitement des maladies des voies respiratoires, par le docteur J. RENGADE in-18 de 42 pages ; Paris A. Delahaye.

La médecine pneumatique est, dit l'auteur, l'art de guérir les maladies par l'emploi raisonné de médicaments à l'état *de gaz, de vapeur* ou de *poussière liquide*. Deux raisons surtout militent en faveur du système ; souvent, en effet, les organes ne tolèrent pas les médicaments solides ou liquides; en outre un remède administré par la bouche dans sa forme ordinaire met souvent plusieurs heures à manifester son action, tandis qu'il agit en quelques secondes quand il est introduit par les voies respiratoires jusqu'à la muqueuse pulmonaire.

Un grand nombre d'affections, pourraient être traitées par la médecine pneumatique, mais son usage est surtout précis et nettement indiqué dans *les affections propres aux organes respiratoires.*

L'agent le plus apte au traitement, et en même temps le plus facile à préparer et à employer, est le gaz acide carbonique qui est par lui-même stimulant, antiputride, cicatrisant et analgésique. On lui associe, selon les cas, différentes poussières médicamenteuses. L'iode, le soufre, une mixture iodo-balsamique, les cigarettes antidyspnéiques sont aussi d'un usage fréquent. Cela constitue le traitement direct à côté duquel il faut placer le traitement adjuvant qui consiste dans l'emploi de toniques et de reconstituants.

L'auteur indique, en s'appuyant sur des observations cliniques, le traitement qui convient spécialement : 1° aux maladies de la gorge; 2° aux maladies pulmouaires catarrhales ; 3° aux affections pulmonaires nerveuses et décrit les appareils nécessaires à la préparation et à l'admiuistration des différents médicaments.

Un court chapitre traite des complications qui se présentent le plus souvent dans le cours des maladies des voies respiratoires. Il est alors bien évident que dans ces cas des moyens spéciaux doivent être employés coucurremment.

Voilà, en résumé, la théorie de la médecine pneumatique et ses applications. M. J. Rengade rapporte un assez grand nombre de cas dans lesquels des praticiens ont obtenu de bons résultats avec sa méthode. G. du BASTY.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Saint-Louis. M. le Dr LAILLER commencera des conférences cliniques sur les *affections cutanées*, le vendredi 14 novembre à 8 h 1/2 du matin et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Hôpital de la Charité.— M. le docteur Bouillaud, suppléé par M. BROUARDEL, agrégé. — Salle St-Jean de Dieu (H) : 1, zone épileptogène; — 8, chorée à forme très-curieuse ; — 15, paralysie infantile ; — 25, phthisie avec abcès par congestiou. — Salle Ste-Madeleine (F) : 14, parotidite, mammite et ovarite; — 20, paraplégie syphilitique.

— M. G. Sée ouvrira son cours de clinique médicale le lundi 10 novembre, à 9 heures, lundi, mercredi et vendredi.

Service de M. BERNUTZ. — Salle St-Ferdinand (hommes) : 6, cancer du foie ; — 17, rhumatisme polyarticuleire; complications cardiaques ; — 27, fièvre typhoïde, chez un alcoolique, accidents nerveux.— St-Joseph (F) : 1,3, hystérie, forme très-intéressante.

Hôpital Necker. — M. POTAIN : salle St-Louis (hommes) ; 4, dilatation de l'aorte; rétrécissement relatif de l'orifice aortique ; insuffisances aortique et mitrale; — 11, pleurésie purulente (2 thoracentèses faites). — Salle Ste-Anne(femmes) : — 5, ascite (?) (diagnostic à faire); — 14, fièvre typhoïde, chez un tuberculeux ; — 23, périmétrite; embolies capillaires.

Hôtel-Dieu. — Service de M. FAUVEL : Salle St-Julien : — 7, fièvre typhoïde ; hémorrhagie intestinale ; convalescence très-lente avec persistance d'une fièvre rémittente ; soupçons de tuberculisation ; — 15, pleurésie purulente, opération de l'empyème (3 litres de pus), il y a 4 mois, guérison presque complète ; — 17, syphilis ; — 17 bis, tumeur céréhrale ; — 22, affection cardiaque. — Salle Ste-Anne : 5, rhumatisme chronique progressif; — 6, tumeurs de l'abdomeu (région de la rate) ; — 33, affection cardiaque. Service de M. HÉRARD. — Salle St-Joseph : 3, pneumo-thorax ; — 4, péritonite tuherculeuse lente ; — 13, dilatation hronchique et gangrène ; — 22, maladie de Bright ; — 23, insuffisance mitrale et tricuspide. — Examen des malades par les élèves.

Hôpital Beaujon. — Service de M. FERNET. Salle St-Jean : 1 et 15, pleurésie purulente : trocart thoracique à demeure ; — 9, myélite ; — 10, hémiplégie faciale centrale sans paralysie des membres ; — 28, ataxie; — 18, rhumatisme noueux. — Salle St-Paul : 5, adénopathie cervicale : spasme de l'œsophage ; — 10, ataxie; — 7 et 15, rhumatisme noueux ; — 22, pleurésie purulente.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Verneuil. Clinique les lundi, mercredi et vendredi.— Salle des femmes : n° 17, Kysto multiloculaire de l'ovaire droit ; — n° 27, Kyste hydatique de la face convexe du foie. — Salle des hommes : Ostéite de la malléole externe; hygroma aigu de la hourse prérotulienne droite.

Service de M. Desnos. — Salle des femmes : n° 21 et 27, Ataxie locomotrice ; — n° 34, Phlegmon des ligaments larges ; — n° 43, Insuffisance mitrale. — Salle des hommes : n° 9, Paralysie saturnine. — Examen particulier des malades par les élèves.

Service de M. Marotte. — Salle du Rosaire : n° 2, Hématocèle rétro-utérine. — Salle St-Antoine : n° 9, Fièvre typhoïde ; — n° 15, Fièvre intermittente ; — n° 37, Rougeole ; — n° 29, Paralysie syphilitique.

M. LASÈGUE, professeur de clinique médicale, a commencé ses leçons le jeudi 6 novembre (mardi, jeudi et samedi), Visite à 8 h. 1/2. — *Conférences* et manipulations : Histologie pathologique (M. Nepveu), le dimanche ; — Chimie pathologique (M. Bougarel), le lundi ; Exploration clinique (M.Landrieux), le mercredi.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le docteur GOMBAULT. Salle Sainte-Geneviève (femmes) : 3, 4, 5, fièvre typhoïde ; — 7 et 21, pelvi-péritonite ; — 18, contracture hystérique ; — 23, Phegmon péri-utérin ; — Salle Saint-Eloi, (hommes) : 1, hémorrhagie intestinale ; — 6, 8, 14, 19, 29, 31, fièvre typhoïde ; — 9, typhus abortif ; — 16, ataxie locomotrice ; — 30 cirrhose, ascite ; — 44, 45, affection cardiaque ; — 48, syphilis tertiaire.

Enseignement médical libre.

Accouchements. — M. CHANTREUIL commencera son cours le samedi 15 novembre à 8 h. du soir (amphithéâtre n° 2, Ecole pratique), mardi et samedi.

Accouchements et maladies des femmes. — M. FERDUT, commencera son cours le lundi 10 novembre à 4 h. (amphithéâtre, n° 3, Ecole pratique), lundi, mercredi, vendredi.

Accouchements. — M. MIGON commencera son cours le lundi 10 novembre, à 8 h. du soir (amphithéâtre n° 1, Ecole pratique), lundi, mercredi et vendredi. Dans le premier semestre le professeur fera l'histoire des préseutations et des positions et celle des manœuvres et opérations obstétricales. Les manœuvres et opérations seront répétées après la leçon par les élèves. — Pour les leçons particulières, s'adresser au Dr Migon, rue Saint-Honoré, 367. (Lundi, mercredi et vendredi, de 4 à 6 h.)

Pathologie interne. — M. DIEULAFOY commencera son cours le lundi 17 novembre, à 4 h. du soir (amphithéâtre n° 2, Ecole pratique). Lundi, mercredi et vendredi.

Maladies chirurgicales des enfants. — M. DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Eufants-Malades, reprendra ses leçons de clinique le jeudi 13 novembre, à 9 heures. Tous les jours excepté le jeudi, de huit heures et

démie à dix heures et demie, visite des malades et consultations. Le jeudi sera spécialement consacré à la leçon clinique et eux opérations. La consultation du samedi sera réservée aux difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

Troisième et quatrième examens de doctorat. —(Chimie, physique, histoire naturelle, thérapeutique, hygiène, médecine légale). — Des conférences quotidiennes pour la préparation de ces divers examens commenceront les 5 et 20 de chaque mois. — Reconnaissance des plantes et médicaments, manipulations, recherches, travaux pratiques. — On s'inscrit tous les jours, de quatre heures à six heures, au *Laboratoire de chimie*, 10, rue Gay-Lussac. — Entrée : Impasse Royer-Collard, 3.

Faculté de médecine.

Histologie. — M. Robin a commencé son cours le jeudi 6 novembre à 3 heures, mardi, jeudi et samedi.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Cheuffard a commencé son cours le vendredi 7 novembre à 5 heures; lundi, mercredi et vendredi.

Physique générale. — M. Gavarret a commencé son cours le 7 novembre à midi; lundi, mercredi, vendredi.

Chimie générale. — M. Wurtz commence son cours aujourd'hui 8 novembre à midi; mardi, jeudi, samedi. — Le cours de chimie biologie sera ouvert plus tard.

Cours d'opérations et appareils. — M. L. Le Fort commence son cours aujourd'hui à 4 h., mardi, jeudi, samedi.

Pathologie médicale. — M. Damaschino commencera son cours lundi 10 novembre, à trois heures, lundi, mercredi, vendredi.

Anatomie. — M. Sappey commencera son cours le lundi 10 novembre à 4 h. lundi, mercredi, vendredi.

Pathologie externe. — M. Dolbeau commencera son cours le mardi, 11 novembre, à trois heures, mardi, jeudi, samedi.

CHOLÉRA. — *Autriche. Vienne 31 octobre.* — Encore cette semaine, le choléra ne s'est manifesté que par des cas isolés. Cependant dans une maison du quatrième arrondissement il y a eu, du 27 au 28, 4 cas dont trois suivis de mort, mais la maladie ne s'est pas propagée en dehors de ce foyer. La commission locale nommée par les magistrats, a constaté que la maison en question qui appartient à un entrepreneur en bâtiments est, quoique neuve, aussi mal saine que possible et enfreint, sur un grand nombre de points, les règles sanitaires. Elle possède en particulier une écurie à vaches et plusieurs appartements dans le sous-sol; l'écurie est absolument dépourvue de ventilation et des conduits nécessaires à l'écoulement du purin; dans les appartements, on a constaté un encombrement énorme, de l'humidité et le manque de ventilation. Les cas de choléra et les décès occasionnés par la même cause la semaine dernière (du 23 au 29) se répartissent comme suit :

Le 23, 5 cas nouveaux, 2 décès ; 24, 1 cas ; 25, 4 cas, 7 décès ; 26, 2 cas ; 27, 4 cas, 1 décès ; 28, 8 cas, 1 décès ; 29, 2 cas, 1 décès : donc en tout, 26 cas et 12 décès.

Le mouvement des hôpitaux civils de Vienne du 22 au 29 octobre inclusivement a été le suivant :

En traitement le 23......	2,809	Sorties..............	609
Entrées jusqu'au 29......	715	Décès................	86
Total...	3,823	En traitement........	2,829

(*Wiener med. Wochenschrift*).

Inde. — Après une période d'immunité relative pendant les années 1870-71, l'Inde septentrionale a été de nouveau atteinte par le fléau du choléra. Les morts enregistrées comme causées par cette maladie en 1872 s'élèvent à 165,458, dont 50,565 dans les provinces du Nord-Est ; 46,901 dans le Bengale ; 15,642 dans la présidence de Madres. Dans l'armée européenne, sur un total de 77,234 personnes, y compris les femmes et les enfants, 888 cas ont éclaté, dont 615 ont été mortels. Dans les troupes indigènes, la proportion des morts a été de 4. 9 p. 100, tandis que parmi les prisonniers, exposés à beaucoup de privations, à Béhar, elle n'a été que de 3. 9 p. 100. Il est à remarquer que la mortalité dans les troupes anglaises a sévi le plus fortement au Bengale, où, dans le cours de deux mois, sur 817 cas, il y a eu 559 décès. Cette année, pour la première fois, au moins avec une certaine intensité, le fléau s'est montré dans les districts montagneux. Le caractère le plus remarquable de cette maladie, c'est la localisation dans certains endroits. Dans presque tous les cas, on s'est bien trouvé de s'éloigner des lieux infectés par le choléra, pourvu qu'on s'en écartât à une distance assez considérable. (*Gaz. des hôpitaux*).

Italie. Gênes, il y a eu du 19 au 25 octobre 22 cas de choléra. Le nombre total des cas s'élèverait, d'après *La Salute*, à 529.

Italie. D'après la *Gazetta med. italiana Venete* de Padoue du 1[er], il s'est déclaré 3 cas de choléra parmi les militaires du 72[e] de ligne et 7 parmi les habitants, 3 des malades ont succombé, les autres sont en traitement.

France. — *Le Hâvre* population (recensement de 1872), 86,825 habitants.

Pendant la semaine dernière (du 17 au 24 octobre 1873, 71 décès, savoir : Fièvre typhoïde, 5 ; méningite, 3 ; apoplexie, 1 ; coqueluche, 1 ; angine couenneuse, 1 ; diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9 ; choléra, 12 ; autres affections aiguës, 9 ; maladies chroniques, 17 ; phthisie pulmonaire, 7 ; accidents, 2 ; asphyxie par submersion, 1 ; maladies chirurgicales, 2 ; morts-nés, 2.

PARIS. — *Hôtel-Dieu* : 1 seul cas nouveau. — *H. Lariboisière* : 1 cas nouveau depuis la dernière note. — Aucun cas nouveau à la Charité, à Necker, à la Salpêtrière et à Beaujon. A l'*Hôpital St-Antoine*, 1 cas (H) mort.

CONCOURS. — *Prix de l'internat.* Les internes de 4[e] et de 3[e] années ont eu à traiter la question écrite suivante : *circulation artérielle de l'encéphale ;* — *Tumeurs des os du crâne.* — Les internes de 2[e] et 1[e] année ont eu à traiter : *Glande sous-maxillaire ; — oreillons.*

Externat. — Voici les dernières questions : Artère maxillaire ; — Articulation scapulo-humérale ; — diaphragme.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

CHRESTIEN (A.-T.). De l'efficacité de l'or et de ses diverses préparations pharmaceutiques contre la syphilis et la scrofule. In-8 de 20 pages.

1re ANNÉE — Nc 23 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 15 NOVEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois.............. 8 »

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 2 fr. 25 en timbres-postes :* 1° **Les leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice ;** — 2° **Les leçons sur la compression lente de la moelle épinière** *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — **M. CHARCOT.**

Des déformations produites par le rhumatisme chronique. — Applications cliniques. — De la main médico-chirurgicale (1).

Messieurs,

IV. Les déformations des mains qui viennent d'être décrites sont à peu près caractéristiques du rhumatisme chronique progressif ; je dis à peu près caractéristiques, car il y a, comme toujours, le chapitre des exceptions.

Ainsi l'attitude de la *main*, dans la *paralysie agitante*, rappelle souvent la déformation que je vous proposais tout à l'heure de désigner sous le nom de type d'extension ; mais, dans cette affection, les jointures elles-mêmes ne sont pas malades et par conséquent il n'y a pas, comme dans le rhumatisme, de rigidité des articulations. J'en dirai autant de la déformation qui résulte d'une lésion du nerf cubital et que j'appellerais volontiers *griffe cubitale*. Elle ressemble à la déformation du rhumatisme ; toutefois elle est unilatérale et les jointures conservent leur mobilité.

Mais, ce qu'il importe surtout de vous faire remarquer, c'est que dans la *goutte* — j'entends la goutte urique, la vraie goutte — les extrémités supérieures peuvent reproduire exactement les déformations du rhumatisme noueux. Grand est alors l'embarras du diagnostic, principalement si les tophus ou dépôts uratiques extra-articulaires font défaut ou encore, ainsi que cela arrive quelquefois, s'ils sont aplatis, n'existant pour ainsi dire que virtuellement.

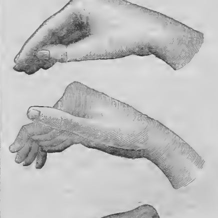


Fig. 19. Attitude habituelle de la main dans les cas de paralysie agitante un peu prononcée. Attitude d'une main qui tient une plume pour écrire.

Fig. 20. Déformation des doigts de la main simulant celles du rhumatisme articulaire chronique primitif.



Fig. 21. Autres déformations des doigts de la main simulant celles du rhumatisme articulaire chronique primitif.

D'où viennent ces difficultés ? C'est que des altérations articulaires, analogues à celles du rhumatisme chronique, ou autrement dit les lésions de l'arthrite sèche, peuvent se montrer, comme on l'a vu dans certains cas de goutte, et aboutir aux mêmes conséquences en ce qui concerne la rétraction spasmodique des muscles. Il ne reste plus, en pareil cas, pour le diagnostic, que l'examen des concrétions uratiques superficielles qu'il faut chercher dans leurs lieux d'élection, en particulier sur les oreilles, la paume des mains, les paupières. Si elles font défaut, on pourra recourir encore à l'examen microchimique du sang par la méthode de Garrod et à celui des urines, sans négliger d'interroger avec soin les commémoratifs.

En dehors de ces circonstances, les déformations des mains que nous venons de passer en revue sont propres aux rhumatismes progressifs. Et remarquez quel avantage il y a de pouvoir annoncer parfois, par ce seul examen des déformations, même lorsqu'elles sont à peine ébauchées, que la maladie aura une tendance presque invincible à se généraliser, comme pour le cas du rhumatisme noueux ordinaire, ou, au contraire, s'il s'agit par exemple des nodosités d'Heberden, qu'elle se bornera à peu près sûrement aux jointures des phalangines, des phalanges entre elles, sans propension marquée à l'envahissement des autres jointures ?

V. A propos de cet exemple assez frappant par lui-même,

(1) Voir le n° 21, du *Progrès Médical*.

je crois devoir, Messieurs, sans sortir du rôle d'anatomo-pathologiste, appeler votre attention sur l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces déformations, lesquelles, d'ailleurs, relèvent en général de lésions anatomiques plus ou moins profondes. Nous avons, en médecine légale, une histoire complète et minutieuse de la *main professionnelle* ; n'est-il pas à désirer que la pathologie proprement dite possède quelque travail spécial sur ce que j'appellerais volontiers la *main médico-chirurgicale* ? Beaucoup de ces déformations que détermine la maladie sont, en effet, dans l'espèce, aussi caractéristiques que celles qui, en médecine légale, permettent de résoudre certaines questions d'identité.

Laissez-moi, à l'appui de mon opinion, vous présenter quelques exemples. Je laisse bien entendu de côté ce qui est relatif à la goutte et au rhumatisme : Je me suis assez longuement étendu sur ce point. Je ne rappellerai pas non plus l'attitude des mains dans la paralysie saturnine et dans les cas de lésion du nerf cubital (1), ce sont là des faits de connaissance vulgaire. En revanche, on connaît moins, si je ne me trompe, les déformations suivantes de la main, déformations qui ont bien, cependant, leur côté intéressant.

1° Voici une attitude fréquente qu'offre la *main* dans les cas où, à la suite de la formation dans l'encéphale d'un foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie, il est survenu dans les *cordons latéraux* de la moelle une *sclérose descendante* très-accusée. Il s'agit là d'une flexion forcée de la main, telle que pour empêcher que les ongles ne fassent des plaies, on est obligé souvent d'interposer entre eux et la paume de la main une bande roulée. En dehors de l'hémorrhagie et du ramollissement, cette déformation ne se voit guère que dans les cas où les deux cordons sont affectés de sclérose et, alors la déformation est symétrique.

2° La *griffe*, dite *main de singe*, est une déformation presque pathognomique de l'*atrophie musculaire progressive* parvenue à sa dernière période.



Fig. 22

3° Voici une autre forme de *griffe* : d'après mes observations et celles de M. Joffroy elle serait propre aux lésions limitées au renflement cervical de la moelle épinière ; elle rappelle jusqu'à un certain point, vous le voyez, une attitude fréquente dans la *prédication* (Fig. 22). Les doigts sont à demi-fléchis ; en même temps, la main est dans l'extension, renversée pour ainsi dire vers le côté dorsal de l'avant-bras.

4° Outre ces déformations dépendant des maladies du système nerveux, j'ai encore à signaler celle qui s'observe fréquemment chez les malades atteints d'*ostéomalacie*. Les extrémités des doigts élargies, comme raccourcies, sont de plus, fortement recourbées vers le dos de la main. Le spécimen que je vous montre provient d'une malade nommée Moutarde, célèbre dans les annales de l'ostéomalacie. Il est vraisemblable que la déformation dont il s'agit est due aux efforts que les malades, condamnées au lit, font à l'aide de leurs mains pour ébranler et déplacer sans trop de secousses leur tronc et leur bassin eux-mêmes ramollis et douloureux.

5° Voici maintenant : une *déformation de la main* commune chez les malades atteints de *sclérodermie :* les doigts sont comme écourtés; des phalanges paraissent absentes ; la peau semble trop courte, trop étroite et comme collée sur les os. On ignore encore la raison anatomique de cette disposition spéciale des phalanges.

Je pourrais aisément multiplier ces exemples; mais j'espère, que les détails dans lesquels je suis entré suffiront pour éveiller chez quelqu'un d'entre vous le désir de combler la lacune que j'indiquais tout à l'heure.

Des déformations médicales de la main, voilà un sujet bien digne d'être traité, sujet net, circonscrit et d'une utilité pratique incontestable. Un peu d'art, c'est-à-dire quelques bonnes planches et des observations prises avec soin suffiront pour mener à bien ce travail que j'offre à votre activité ....

ANATOMIE

Note sur la distribution des vaisseaux capillaires dans le bulbe rachidien

Par **H. DURET.**

Dans notre mémoire sur les artères nourricières du bulbe rachidien (1), nous divisions celles-ci en trois classes: 1° Artères médianes ou des noyaux bulbaires; 2° Artères radiculaires, qui pénètrent dans l'intérieur du bulbe avec les paires nerveuses; 3° Artères périphériques rampant d'abord à la surface du bulbe et envoyant des branches qui entrent perpendiculairement dans la substance nerveuse. Chacun de ces groupes artériels concourt plus ou moins à la formation des capillaires du bulbe.

Pour bien apprécier la part que chacun d'eux y prend, et d'une façon plus générale, pour se rendre un compte exact de la configuration des capillaires du bulbe, il est nécessaire de pratiquer deux ordres de coupes: les unes verticales, les autres horizontales.

Il faut sur les coupes horizontales étudier la circulation du bulbe: 1° Au niveau de l'entrecroisement des pyramides; 2° Au niveau du bec du calamus; 3° Au niveau du bord inférieur de la protubérance et dans toute la hauteur de celle-ci.

1. *Les pyramides* ont trois sources de vascularisation: 1° Les artères médianes leur fournissent des branches collatérales qui pénètrent par leur face interne; 2° Quelques fines artérioles entrent perpendiculairement par leur face antérieure; 3° La face externe reçoit des vaisseaux qui pénètrent dans le sillon de l'olive et de la pyramide avec les racines de l'hypoglosse. Généralement toutes ces artérioles se divisent en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante. Les faisceaux les plus fins des pyramides sont entourés de mailles capillaires allongées verticalement.

(1) M. Duret a publié dans la *Revue photographique des hôpitaux de Paris* (1872, p. 71) un cas de griffe cubitale, recueilli par lui avec le plus grand soin dans le service de M. Charcot.

(1) *Archives de physiologie.* 1872, p. 187.

Sur des coupes verticales et transversales on reconnaît très-bien cette disposition.

Au niveau de l'entrecroisement des pyramides, la corne antérieure très-étroite et très-allongée renferme deux groupes de cellules : noyaux de l'accessoire et du premier nerf cervical. De fines mailles capillaires dessinent l'aspect de la corne antérieure. Les artères viennent de deux sources; les unes passent autour des pyramides, les autres accompagnent les racines nerveuses.

La corne postérieure ou tubercule cendré de Rolando est très-finement vascularisée: ses branches très-courtes viennent des artérioles périphériques fournies en ce point par la spinale postérieure et les vertébrales.

II. Au-dessous du bec du calamus, il est intéressant d'étudier la vascularisation des olives, des noyaux des nerfs hypoglosse et spinal, et des corps restiformes.

Sur des coupes transversales on reconnaît que les olives reçoivent leurs artérioles de trois sources: 1° En dedans, des artères qui pénètrent en dehors des pyramides et qui accompagnent les racines de l'hypoglosse, entrent dans l'olive par son hile et se divisent en rayonnant dans sa substance blanche; 2° En dehors, des artères qui, après avoir rampé à la surface de la pie-mère, perforent la substance cérébrale; 3° En arrière, quelques branches viennent avec les racines du nerf vague.

Toutes ces artérioles, arrivées entre les plis de l'olive, se divisent en rameaux qui donnent naissance à de fines mailles capillaires. Toute la substance grise des olives avec ses festons est élégamment dessinée par ce réseau. On aperçoit entre chacune des mailles trois ou quatre cellules nerveuses au plus. La substance blanche au contraire offre des mailles capillaires beaucoup plus larges et plus rares.

Les noyaux de l'hypoglosse et du spinal forment dans cette région un large îlot de substance grise qui entoure complétement le canal central: un fin réseau capillaire reproduit cet îlot grisâtre. Il a ses sources dans les artères médianes et surtout dans les artères radiculaires. Les racines de l'hypoglosse sont accompagnées d'un grand nombre d'artérioles: les artères médianes n'existent presque pas en ce point. Il résulte de ce fait que le noyau de l'hypoglosse est surtout nourri par ses artères radiculaires.

Les corps rectiformes sont nourris par les artères périphériques de la région et ont de larges mailles capillaires allongées verticalement.

Au niveau même du bec du calamus ou un peu audessus, la substance grise du 4e ventricule forme une couche allongée transversalement; elle renferme la fin du noyau de l'hypoglosse et le noyau du pneumo-gastrique. Des capillaires fins reproduisent l'aspect de cette couche grise. En ce point, les artères médianes sont beaucoup plus volumineuses, beaucoup plus importantes que les artères radiculaires. *Il en résulte que le noyau du pneumogastrique est surtout vascularisé par les artères médianes.*

III. La troisième partie du bulbe contient la plupart des noyaux moteurs et sensitifs des nerfs.

Les noyaux des nerfs sont situés près du plancher du 4e ventricule : ils ont en général une forme ovoïde allongée de haut en bas. Cet aspect sous lequel ils se présentent à l'œil nu dans les coupes longitudinales est encore bien plus accusé par l'injection : ils tranchent nettement sur les parties périphériques par leur coloration plus foncée rouge ou bleue (nos injections ont été faites avec de la gélatine et du carmin, ou de la gélatine et du bleu de Prusse).

Les sources de vascularisation des noyaux sont toujours au nombre de deux : branches des artères radiculaires, branches des artères médianes. Ces vaisseaux pénètrent dans les noyaux par leurs rameaux terminaux : de sorte qu'au niveau du noyau, *il n'y a que des vaisseaux excessivement fins.*

Les artères radiculaires se divisent en un pinceau de fines artérioles qui pénètrent entre les faisceaux nerveux de la racine : celles-ci se résolvent bientôt en un réseau capillaire dont les mailles sont allongées dans le sens de la racine. Il en résulte que le trajet de celle-ci dans le bulbe est figuré par une chaîne de capillaires. Au niveau du noyau, quelques-unes des branches artérielles qui ne sont pas divisées, se terminent en fines capillaires.

Les artères médianes, occupent le plan médian; au niveau du noyau elles se divisent en général en deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante. Elles ont déjà fourni dans leur trajet des rameaux collatéraux aux faisceaux de substance blanche voisins.

Lorsque le noyau est situé à quelque distance du plan médian, une branche se détache latéralement de l'artère médiane au niveau du tiers postérieur du bulbe, et va se rendre en suivant un trajet oblique dans le groupe de cellules auquel elle est destinée.

Sur des coupes horizontales, l'îlot des mailles capillaires présente deux zônes : l'une externe périphérique, peu étendue, à mailles plus larges; l'autre interne formée d'un réseau sanguin plus fin et plus serré. Sur les coupes longitudinales on trouve le même aspect; mais on y remarque la section des gros troncs des artères médianes.

Les faisceaux blancs du bulbe ont les sources artérielles suivantes : les plus internes reçoivent des branches collatérales des artères médianes, les plus externes sont nourries par des branches collatérales des artères radiculaires; les autres faisceaux sont fournis de sang artériel par des branches perforantes des artères périphériques. Généralement, ils sont entourés de mailles capillaires dirigées dans le sens de leur longueur. Cette disposition est surtout remarquable au niveau de la formation réticulée de Stilling.

CLINIQUE MÉDICALE

Trois observations de rage humaine; réflexions.

Par **L. Landouzy**, interne des hôpitaux de Paris.

Observation i. — *Début deux mois après la morsure; — dysphagie; — excitation; — hydrophobie; — sputation; — délire maniaque; — idées érotiques; — modifications de la sensibilité; élévation considérable de la température. — Mort. — Autopsie.*

A la consultation de l'hôpital Beaujon, le 16 juin 1873, se présente Thil Edouard, 20 ans, ébéniste (rue de la Roquette 155), d'apparence vigoureuse se plaignant de malaise général qu'il ressent depuis la veille avec mal à la gorge et douleur précordiale. L'examen de la bouche et du pharynx. La percussion et l'auscultation du thorax ne font rien découvrir. Devant notre hésitation à le recevoir, le malade se plaint plus vivement de la gorge.

« Je ne puis avaler, dit-il, et, par moment, je ne puis respirer : j'ai comme un grand poids au niveau du cœur. »

Le malade insiste sur son malaise général, et cela, avec une grande vivacité de parole, une sorte d'exaltation qui donne à la physionomie quelque chose d'étrange. Cette étrangeté même fait admettre le malade dans le service de M. Lecorché, suppléant M. Axenfeld.

L'après-midi, Thil est examiné dans son lit, il est sans fièvre. Depuis quelques jours, il n'a plus d'appétit; la veille, dans l'après-midi et toute la nuit, il a été mal à l'aise sans souffrir d'aucune partie du corps, il ne savait ce qu'il avait, il était inquiet, agité, il ne se trouvait bien nulle part et n'a pu fermer l'œil. Jamais il n'a été malade et, ces jours derniers, il n'a fait ni excès, ni travail extraordinaire qui puissent expliquer son malaise. En ce moment encore, il a dans la gorge et dans la poitrine une sensation de gêne qui augmente par intervalles et va jusqu'à l'angoisse. Pas plus que le matin, nous ne trouvons rien ni du côté de la bouche ni du côté de la poitrine. Un verre de tisane est bu devant nous sans difficulté. Rien dans les urines.

Aussitôt notre visite, Thil descend au jardin où il reste jusqu'au dîner; il prend seulement quelques cuillerées de bouillon et se couche.

La première partie de la nuit est calme. Thil dort peu; vers minuit, il se remue, se retourne constamment dans son lit sans pouvoir trouver une bonne position.

Il se plaint d'avoir soif, d'étrangler, de manquer d'air. Il sent

qu'il va mourir, il sent qu'on veut l'empoisonner ! A maintes reprises, il s'assied brusquement sur son lit, porte les mains au côté gauche puis à la gorge, retombe sur son lit, reste calme quelques instants; puis, il recommence à se plaindre et à s'agiter. Thil passe ainsi la nuit, semblant d'autant plus agité et anxieux que ses voisins, qui ne peuvent fermer l'œil, s'occupent plus de lui.

Le 17, à 8 h. du matin, Thil est très-inquiet, se dit plus mal, souffre toujours à la gorge et au niveau du sein gauche; il se plaint, qu'en lui parlant nous lui soufflions dans la figure et sur la poitrine, que nous lui fassions froid. Il est de fait que, par instants, le malade frissonne des pieds à la tête. Thil demande qu'on ferme une fenêtre, pourtant éloignée de son lit, parce que « l'air m'horripile, dit-il, et me produit l'effet d'un grand vent. »

Le facies est inquiet, d'une mobilité extrême, exprimant tantôt la souffrance, tantôt la terreur. A chaque instant, le malade fait avec efforts des mouvements de déglutition puis expectore des crachats blancs, mousseux. Pouls régulier, à 80; T. R. 38°; peau fraîche.

Le malade avale une gorgée de tisane ; aussitôt, survient un spasme pharyngien, puis l'expuition de deux ou trois crachats. Th... se dit empoisonné, prétend qu'on l'interroge et l'examine avec curiosité pour faire quelque expérience sur lui; il demande qu'on ne le fasse pas languir !

Un verre d'eau est apporté au malade qui semble se jeter dessus, l'approche brusquement de ses lèvres, l'éloigne aussitôt, puis se laisse tomber sur son lit en grimaçant et en frissonnant. A plusieurs reprises, mêmes tentatives, mêmes résultats : le malade accuse une angoisse plus forte et se met à cracher abondamment.

Les mêmes faits se reproduisent encore plus accentués pendant la visite, alors que le malade est entouré et interrogé par les personnes du service.

Son excitation devient plus grande, il ne reste pas une minute en place, et tantôt il s'assied d'un bond sur son lit avec des mouvements de tête, des grincements de la face qui semblent vouloir happer l'air, tantôt se recouche en ramenant vivement les draps jusque sur son menton pour éviter, dit-il, le vent qui souffle de tous côtés. Thil semble haletant, sa parole est entrecoupée et la respiration se fait par quatre ou cinq inspirations se succédant brusquement. A ces convulsions respiratoires, succèdent une respiration normale et un calme relatif que fait cesser la vue d'un miroir ; à ce moment, frisson général, spasme de la gorge et respiration haletante. Les pupilles sont également dilatées ; la sensibilité à la douleur est retardée et un peu émoussée.

L'agitation devient extrême, à plusieurs reprises ; dans la brusquerie de ses mouvements, le malade manque de se jeter en bas du lit : on met la camisole de force, et cela avec beaucoup de peine, car Thil, bien musclé, se défend vigoureusement sans chercher à mordre. Sputation mousseuse très-abondante.—*Traitement* : 1° Chloral, 6 gram. en lavement; 2° chlorhydrate de morphine, deux centigr. en injection sous-cutanée.

Après quelques instants de calme, Thil se roidit contre les liens qui l'étreignent et fait de grands efforts pour dégager ses membres; rapidement, l'excitation cesse et la face exprime une sorte de béatitude et de jouissance en même temps que le malade prononce des paroles érotiques.

Pas d'érection. Bientôt la sputation cesse. Th... est immobile, dans le décubitus dorsal ; la face et les lèvres deviennent violacées; de chaque commissure coule en grande quantité de la salive blanche et mousseuse. L'insensibilité est presque absolue. Les battements du cœur sont sourds, précipités. La salive, examinée au microscope et comparée à la nôtre, n'offre aucune particularité.

La température axillaire monte à 42°, 8 et reste à ce maximum jusqu'au moment de la mort qui survient à midi, après un séjour à l'hôpital de 24 heures, après une incubation de deux mois et une invasion de moins de deux jours.

Les renseignements fournis par le patron et les parents de Thil nous ont appris qu'il avait une petite chienne. Il y a plus de trois mois, pendant une promenade, cette chienne fut couverte par un chien errant que Thil emmena chez lui et qui, à partir de ce jour, vécut dans sa chambre.

Peu de temps après, ce chien devint méchant et mordit la chienne : Th... lui infligea une verte correction et fut mordu lui-même à la main. Le chien quitta alors la maison sans qu'on sût jamais ce qu'il était devenu. Th... ne prit pas garde à sa morsure qu'il cautérisa avec de l'eau-de-vie et à laquelle il ne paraît plus avoir jamais songé.

Dans la soirée du jour qui précéda sa venue à Beaujon, Th... ne put dormir, il se promena toute la nuit ne pouvant trouver ni repos ni soulagement à son malaise général.

Quelques heures après son admission à Beaujon, Th... écrit à son patron qu'il ne se sent pas bien malade et que, pourtant, il est un peu inquiet par ce fait qu'en même temps que lui se présentaient à la consultation plusieurs personnes très-malades qu'on n'a pas reçues, tandis que lui on l'a retenu. Th... termine sa lettre en recommandant à son patron d'avoir grand soin de sa chienne et de ses petits ; ces animaux ont dû être envoyés en observation à Alfort.

Autopsie. — 24 heures après la mort. Rigidité cadavérique considérable. Le cadavre, fortement musclé, présente, dans ses parties déclives, une teinte violacée. En aucun point, on ne trouve trace de plaie ou de traumatisme récent; on voit sur la face postérieure de la phalange de l'annulaire gauche une cicatrice blanche, linéaire de 0m 01 de long, et sur la face postérieure de la phalange de l'index droit deux cicatrices linéaires parallèles à l'axe du doigt, distantes l'une de l'autre de quelques millimètres. Ces cicatrices nacrées, fermes, sont anciennes; la peau voisine ne présente absolument rien à noter.

Encéphale : Turgescence des vaisseaux de la pie-mère sur la convexité des hémisphères. Le sang qui s'écoule des sinus est noir et abondant. A l'œil nu, rien du côté du bulbe ni de la moelle.

Thorax. Cœur, petit, ferme, ne renfermant pas de caillots. Les parois ventriculaires sont mouillées par un sang légèrement poisseux, manifestement moins noir que celui des sinus ou de la veine cave, et dont la teinte peut-être comparée à celle de la cire rouge dissoute dans l'alcool. — *Poumons* : Emphysème des sommets et du bord antérieur. — Sur la *plèvre* viscérale des lobes supérieurs, petites ecchymoses irrégulièrement disséminées.

Dans les lobes inférieurs, plusieurs gros noyaux d'infiltration sanguine, noyaux d'un noir foncé. — La *muqueuse des grosses bronches* et de la *trachée* a une teinte rouge vif; elle est couverte de mucosités sanguinolentes. La muqueuse laryngée est fortement injectée.

La *muqueuse buccale* ne présente ni vésicule, ni érosion ; la langue est grosse, ses papilles sont volumineuses.

Abdomen. — *Foie*, volumineux, congestionné. *Rate* normale de volume et d'aspect. *Estomac*, vide ; injection de la muqueuse du grand cul-de-sac. Les *reins* congestionnés, se décortiquant dans toute leur étendue, sont parfaitement sains. — L'*intestin* n'a pas été examiné. *(A suivre)*.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur l'emploi de l'ipéca dans le choléra infantile, et quelques autres formes de diarrhée *(suite)*.

Par le Dr **H. CHOUPPE**, interne des hôpitaux de Paris (1).

Une des plus grandes difficultés que l'on éprouve dans l'administration de l'ipéca en lavement chez les enfants à la mamelle, est certainement de faire garder es lavements. Dans plusieurs cas j'ai été, en présence de ce fait, obligé de faire cesser une médication sur laquelle je comptais. Si l'enfant ne vomit pas, l'on peut avoir recours à la potion brésilienne, mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels et sur lesquels il ne faut guère compter ; car il arrive souvent, qu'alors que les vomissements ont cessé ou bien encore qu'ils n'ont jamais existé, les premières cuillerées de potion suffisent pour réveiller cette facilité à vomir qui est presque toujours si grande dans le premier âge. Je crois donc qu'en présence des accidents qui peuvent en résulter, il est prudent de n'avoir recours à la potion que dans des cas rares et bien déterminés. D'un autre côté dans la plupart des cas que j'ai indiqués l'on peut sans inconvénients ajouter au lavement d'ipéca, quelques gouttes de laudanum de Sydenham qui deviendra ainsi un adjuvant utile. Il est certain que les doses d'opium doivent être faibles; on peut cependant toujours, sans danger, additionner chaque lavement d'ipéca d'une ou deux gouttes

(1) Voir les nos 14 et 20 du *Progrès médical*.

de laudanum. C'est à ce procédé que j'ai eu recours dans le cas suivant :

Observation. v. — Enfant de 17 mois, nourri jusqu'à l'âge d'un an par sa mère, d'une excellente constitution et d'une bonne santé. Il entre salle Sainte-Julie, lit 1 bis, le 5 octobre 1873. Jusqu'à il y a huit jours, il n'était pas sujet à la diarrhée, mais depuis cette époque, il a chaque jour 8 à 10 selles liquides et vomit à plusieurs reprises dans la journée. Depuis le même temps il a beaucoup maigri, il est triste, abattu, sans appétit. — On lui donne deux *lavements d'ipéca.*

6 octobre. Un peu d'amélioration, les vomissements ont diminué, cependant les lavements ont été mal gardés 10 à 15 minutes au plus, même traitement.

7 octobre. L'enfant n'a plus vomi. Moins de diarrhée, mais le second lavement n'a pas été gardé; on ajoute à chaque lavement laudanum de Sydenham deux gouttes.

Les *8, 9, 10 et 11 octobre.* — Les lavements sont bien gardés, l'enfant va bien, il est gai, une ou deux selles seulement dans les 24 heures et à peine liquides; on supprime l'ipéca. — *26 octobre*; la guérison s'est maintenue.

Je pourrais encore rapporter ici trois autres observations de diarrhée chez les enfants guéris par le même moyen, mais ces trois cas ont présenté, tant dans leur marche que dans leur cause, des particularités telles qu'elles seront mieux à leur place dans une autre partie de ce travail, soit quand nous étudierons d'autres formes de diarrhées, soit à propos de la physiologie pathologique du médicament.

Dans les cinq cas précédents, l'ipéca a donné des résultats très-favorables, cependant il ne faudrait pas trop se hâter de conclure. La seule donnée que je veuille déduire ici, est la suivante : *jamais, à moins de cas désespérés ou de sujets trop affaiblis, il ne me semble contre-indiqué* puisque nous ne l'avons vu à aucun moment produire l'affaiblissement du malade. Je n'entrerai ici dans aucune autre considération; mes remarques trouveront leur place dans une autre partie de mon travail.

Il est donc évident que l'ipéca ne l'a pas affaibli, ou, que s'il a agi à la façon d'un débilitant, l'affaiblissement a été moindre que l'avantage produit par la suppression de la diarrhée. C'est là un point que je veux seulement indiquer en passant et sur lequel j'aurai à revenir plus au long. Du reste les observations suivantes viendront encore confirmer cette donnée.

2° Diarrhée chez les tuberculeux.

Les phthisiques, à diverses périodes de leur affection, sont sujets à la diarrhée. Cette complication qui, dans quelques cas, est un des premiers accidents, est toujours grave, en ce sens qu'elle devient une nouvelle cause d'épuisement qui, dans beaucoup de cas, hâte la terminaison fatale. D'après la plupart des auteurs, il existerait chez les tuberculeux deux variétés de diarrhée : 1° l'une, pour moi de beaucoup la plus fréquente, produite par des altérations organiques de la muqueuse intestinale ; 2° l'autre, due à des troubles de la digestion produits par l'absorption des produits tuberculo-caséeux d'une part, ou encore tout simplement par les troubles gastriques que l'on observe souvent à la première période de la tuberculisation pulmonaire.

Il est le plus souvent impossible de savoir à laquelle de ces deux formes l'on a à faire et dans beaucoup de cas l'on ne peut faire que des hypothèses. Mais elles ont ceci de commun que, dans la plupart des cas, la diarrhée est rebelle aux moyens thérapeutiques que l'on emploie pour la combattre.

En présence des résultats obtenus par l'administration de l'ipéca dans des cas de diarrhée chronique, j'ai eu l'idée d'employer ce médicament dans la diarrhée des tuberculeux; les résultats obtenus ont dépassé mon espérance, puisque dans presque tous les cas, j'ai vu une guérison passagère, plus ou moins rapide et prolongée, et dont le résultat a été une amélioration momentanée dans l'état des malades.

Je vais rapporter toutes les observations dans lesquelles l'ipéca a été employé, je chercherai ensuite à préciser les indications dans telle ou telle forme de diarrhée chez les tuberculeux.

Observation i. — X.. entre le 8 septembre 1873, salle St-Louis, lit n° 2, pour une phthisie pulmonaire; il est parvenu à la périod cachectique de l'affection, et a des cavernes dans les deux poumons. Il est depuis trois mois environ sujet à une diarrhée abondante fétide (12 on 15 selles dans les 24 heures); depuis cette époque il s'affaiblit rapidement; l'opium ou le bismuth n'ont jamais supprimé la diarrhée pendant plus de 24 heures.

9 septembre. 2 lavements d'ipéca. — *10 septembre* : même traitement.

11 septembre. La diarrhée a complétement disparu, le malade n'a eu que trois garde-robes depuis le premier lavement; on supprime les lavements.

Jusqu'au 25 septembre l'état est meilleur, le malade mange mieux, il n'a qu'une ou deux selles dans les 24 heures. Le 25, le malade va 5 fois à la garde-robe, on prescrit à nouveau deux lavements d'ipéca le 26. Le 27 la diarrhée est arrêtée, on supprime les lavements.

30 septembre. — le malade va assez bien, lui qui pouvait à peine se lever, pour demander à partir pour Vincennes.

Je n'insisterai pas sur la rapidité des résultats obtenus dans ce cas ; nous verrons dans beaucoup d'autres observations l'amélioration n'être ni moins rapide ni moins franche.

Observation ii. — Femme de 33 ans. — Phthisie pulmonaire à la deuxième période. Signes physiques : craquements secs avec bronchophonie au sommet droit qui est légèrement mat. — Cette malade a une diarrhée abondante depuis 15 jours au moment où elle entre à la Charité, salle St-Basile, lit 4, le 2 octobre 1873. Cette diarrhée, qui comprend jusqu'à 15 ou 20 selles dans les 24 heures a déjà paru à plusieurs reprises durant tantôt un mois, tantôt plus, elle n'a jamais disparu complétement depuis 6 mois. — Le *6 octobre* on prescrit deux lavements d'ipéca; 7, même traitement, la diarrhée a diminué; 8, la malade n'a pas eu de diarrhée depuis hier; on supprime les lavements d'ipéca.

31 octobre la malade n'a pas été reprise de diarrhée; l'état général est à peu près le même qu'au moment de son entrée à l'hôpital. Les signes locaux n'ont pas changé.

Dans ce cas encore nous voyons, l'ipéca avoir des résultats des plus satisfaisants; en même temps que sous l'influence de la suppression de la diarrhée l'état général cesse de s'aggraver.

Observation iii. — Salle St-Louis, lit 24, homme de 26 ans environ, convalescent d'une broncho-pneumonie grave. Signes généraux peu accusés. Signes locaux: sub-matité avec expiration prolongée au sommet du poumon droit.

6 octobre. Diarrhée depuis 5 à 6 jours affaiblissement rapide, 2 lavements ipéca. — *7 oct.* Plus de diarrhée depuis le 1er lavement, on supprime l'ipéca.

14 octobre. L'état général est meilleur, la diarrhée n'a pas reparu, le malade part pour Vincennes.

L'observation précédente est un des plus beaux types de guérison rapide et durable d'une diarrhée prolongée et épuisante. Il est évident que dans ce cas toute idée de simple coïncidence doit être éloignée, car ce n'est qu'après plusieurs essais infructueux par une autre médication que l'on a eu recours à l'ipéca. Un autre point que je veux encore faire ressortir en passant, est le suivant : le malade était profondément débilité, il s'affaiblissait rapidement de jour en jour, et il a suffi que la diarrhée cessât pour qu'il reprit des forces et pût sortir de l'hôpital.

Observation iv. — Phthisie au 3e degré avec vastes cavernes aux deux sommets; début datant de 3 ans (la maladie aurait commencé à la suite de privations et de fatigues éprouvées pendant le siége de Paris. Marche beaucoup plus rapide depuis le mois de février 1873.—Jusqu'à ces derniers temps (il y a 10 jours), le malade n'aurait jamais été atteint de diarrhée.—Depuis cette date, il a une diarrhée abondante, 15 ou 20 selles dans les 24 heures. Ses garde-robes n'offrent rien de spécial si ce n'est qu'elles sont très-liquides et d'une odeur très-nauséabonde. Le malade n'a jamais rendu de sang par les garde-robes. — 11 *septembre.* — Opium 0 gr. 5 cent. et un quart lavement laudanisé.[1]

13. — L'état de la diarrhée est resté le même; on supprime l'opium et l'on prescrit deux lavements d'ipéca.

14. — La diarrhée est un peu moins liquide, le malade a cependant eu quatre selles avant la visite.

15. — Le malade a été 10 fois à la garde-robe depuis la visite du 14, il avait cependant pris deux lavements d'ipéca. On continue le même traitement. — 16. — Six selles, même traitement.

17. — Le malade n'a eu depuis la veille que deux selles à peine liquides. L'état général semble meilleur ; l'appétit, qui était tout à fait nul dans ces derniers jours, est un peu revenu. Le malade demande à manger; on lui accorde deux portions tout en continuant le même traitement.

18. — Le malade a mangé avec appétit, il n'a eu ni nausées, ni vomissements ; du reste cet accident ne lui est arrivé à aucun moment du traitement. Une seule selle depuis hier et encore elle n'était pas liquide. On supprime les lavements d'ipéca.

17 *octobre*. — Le malade meurt par suite des progrès de l'affection pulmonaire ; la diarrhée n'a pas reparu depuis la dernière note. — Opposition à l'autopsie.

Cette observation nous présente à considérer deux faits : 1° la réapparition de l'appétit au moment où cesse la diarrhée; 2° L'exacerbation de la diarrhée sous l'influence des premiers lavements d'ipéca. C'est là, en effet, un point sur lequel j'aurai encore dans la suite à appeler plusieurs fois l'attention. Il semble que les premières doses s'accompagnent, je ne dirai pas d'une hypersécrétion de l'intestin ce qui serait en désaccord avec toutes les données que j'ai pu réunir jusqu'à ce jour, mais de l'élimination de toutes les matières accumulées en même temps que d'une hyperesthésie du rectum. C'est encore là un des nombreux desiderata qui feront l'objet de la deuxième partie de mon travail. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M. Béhier.

M. Béhier a repris ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, mercredi dernier, à neuf heures et demie, devant un auditoire nombreux et sympathique. M. Béhier n'a pas jugé à propos de faire une profession de foi; cela se conçoit, car ses principes, en médecine, et sa méthode d'enseignement, qui font de lui, à notre époque, le professeur de clinique médicale de la Faculté le plus autorisé, sont suffisamment connus. Mais, au début de son cours, il a cru convenable d'insister plus particulièrement sur l'importance que tous les étudiants doivent attacher à la lecture des observations cliniques et sur la nécessité qu'il y a pour eux, s'ils veulent devenir de vrais médecins, de recueillir, de rédiger eux-mêmes avec soin, l'histoire des malades. Malgré le profit qu'ils pourraient retirer de ce travail, trop d'étudiants le négligent.

Prenant comme exemple, à l'appui de ses conseils judicieux, la maladie qui fera l'objet de ses premières leçons, la fièvre typhoïde, M. Béhier montre combien est grand l'intérêt que présente l'étude régulière de la marche de cette affection et en même temps combien elle exige d'attention de la part de l'observateur : Pour s'en faire une idée exacte, dit-il, on doit enregistrer très-exactement et deux fois par jour, l'état du pouls et le chiffre de la température. Les notations, reportées sur des tableaux spéciaux, permettent de mieux se rendre compte des autres symptômes.

Le professeur développe, avec sa clarté et son entrain ordinaires, les services que l'on peut attendre de ces procédés d'observation qui, nés en France, ont été perfectionnés à l'étranger et poussés très-loin, surtout en Allemagne. Il rappelle les indications qu'ils fournissent au point de vue du pronostic. Il signale enfin quelques *observations d'exception*, les unes empruntées à Wunderlich, les autres, au nombre de deux, recueillies par lui et par M. Liouville, et dans lesquelles on remarqua une inversion complète, pour ainsi dire, de la marche habituelle, typique, de la fièvre typhoïde. Dans ces cas, la température du matin était plus élevée que celle du soir, et, contrairement à ce qu'on a avancé relativement à ces *maladies troublées*, la guérison survint chez ses deux malades.

De grands tableaux schématiques représentant les tracés du pouls et de la température, et les tracés sphygmographiques, montraient aux assistants les types les plus fréquents, classiques en un mot, de la fièvre typhoïde.

Nous sommes heureux de mentionner le succès toujours égal de cet enseignement véritablement clinique, dégagé de tout excès de germanisme et dans lequel l'esprit fantaisiste ne joue aucun rôle. X.

Faculté de médecine : M. L. Le Fort.

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que nous nous sommes rendu à l'inauguration du cours de médecine opératoire. Cette appréhension, basée sur certaines oscillations de la carrière scientifique du nouveau professeur, augmentait encore le désir que nous avions de voir quel était l'esprit qui le dirigerait dans son enseignement. Nos lecteurs verront par la courte analyse qui suit comment M. L. Le Fort s'est acquitté de sa tâche.

Après avoir rappelé le nom de ses prédécesseurs dans la chaire de médecine opératoire, après avoir rendu justice au dernier suppléant, M. Tillaux, M. L. Le Fort aborde le sujet de sa leçon dont le but est de montrer que les progrès de la médecine sont intimement liés au degré de liberté dont a joui l'esprit humain aux diverses périodes de l'histoire. Aux époques de liberté philosophique, on voit se produire des découvertes sérieuses en médecine et en chirurgie ; aux époques d'intolérance et d'absolutisme correspondent des arrêts, des intermittences, dans l'évolution des sciences médicales.

M. L. Le Fort rappelle l'influence exercée par Hippocrate d'abord, puis par les philosophes grecs. Il montre ensuite que, lorsque la liberté de penser eût disparu d'Athènes par l'exil d'Anaxagore, accusé d'athéisme et un peu plus tard par la condamnation de Socrate que 281 voix contre 278 déclarèrent coupable d'impiété, — la médecine demeura pour ainsi dire stationnaire jusqu'à Galien.

Quelque temps après Galien, le dogme de l'autorité reprend son empire ; le despotisme de Néron, de Caligula, l'affaissement des caractères, l'invasion des Barbares, la conversion de Constantin, sont autant de causes qui suspendent tout progrès dans les sciences. L'influence fâcheuse du catholicisme se fit alors sentir, ajoute le professeur; pendant longtemps la science fut plongée dans les ténèbres les plus profondes et les quelques médecins dont le nom a survécu ne sont guère que des compilateurs.

Le progrès reprend sa marche, au moins momentanément, avec la conquête des Arabes; mais bientôt, chez eux aussi, le fanatisme intolérant apparaît, et pour avoir exprimé librement sa pensée, Averroès est condamné à faire amende honorable à la porte d'une mosquée.

Dans les premiers temps du Moyen-Age, l'exercice de la médecine est dans les mains des moines : Aucune découverte importante ne se produit; en revanche, il se commet des abus si criants, que les moines reçoivent défense de s'occuper de médecine hors de leurs couvents. Toutefois, comme les médecins qui leur succèdent sont clercs, voués au célibat, la médecine n'en reste pas moins sous la dépendance de l'Eglise. Le principe d'autorité règne dans toute sa splendeur : Tout progrès cesse.

Avec la découverte de Gutemberg, avec la réforme, les sciences prennent un nouvel essor. La médecine se sépare en deux branches. La chirurgie se développe (Amb. Paré.) Ce que le mouvement de la Réforme avait commencé, la philosophie l'acheva (Bacon, Descartes). C'est à ce moment

qu'apparaît, en chirurgie, J.-L. Petit qui, « échappant au principe néfaste d'autorité, enseigne qu'on doit baser la science sur l'expérience et sur la raison. »

Enfin, avec le grand mouvement philosophique de la fin du XVIIIe siècle, nous voyons les sciences médicales marcher rapidement (Hunter, Bichat, Desault, etc.). Les guerres de l'empire amènent un arrêt momentané. Puis viennent successivement Dupuytren, qui exerce une influence considérable par son enseignement; Cruveilhier, Andral, Rostan, Bouillaud, Velpeau, Malgaigne, etc., etc., qui placent l'Ecole française au premier rang.

Ce qui ressort de cet aperçu général, ajoute le professeur, c'est que le principe d'autorité immobilise la science, tandis que la liberté favorise son essor. Cependant on doit accepter l'autorité des maîtres non pas en esclave, mais pour s'éclairer. « L'infaillibilité, dit M. Le Fort, n'appartient à personne dans le monde. »

Le Progrès n'est la propriété exclusive ni d'un homme, ni d'une nation. Il faut donc s'enquérir des découvertes que font nos voisins. Pour cela, la connaissance des langues étrangères est indispensable. « Oubliez si vous le voulez le grec et le latin, mais apprenez les langues vivantes. Ce conseil, continue le professeur, ce n'est pas seulement dans votre intérêt personnel que je vous le donne, mais encore dans celui de la France que nous avons à rendre grande et heureuse. Travaillons, travaillons tous pour acquérir la science, cherchons-la librement et ayons toujours à cœur cette devise : Pour la patrie, pour la science, pour la liberté! »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du samedi 8 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. PONCET présente à la société un œil qu'il a dû énucléer à la suite des altérations provoquées par un cysticerque. La lésion avait été diagnostiquée avant l'extirpation de l'organe.

Le malade sur lequel il a été recueilli avait été fait prisonnier à Metz. Il fut nourri pendant plusieurs jours avec de la viande de porc presque crue. Envoyé en Allemagne il eût, dès les premiers jours de sa captivité, des accidents du côté de l'œil gauche; conjonctivite, iritis, troubles de la vision qui cédaient pour reparaître de nouveau. A son retour il fut examiné attentivement à l'hôpital de Lorient et envoyé au Val-de-Grâce avec le diagnostic cysticerque de l'œil. Là les accidents se sont accrus et des troubles semblables se sont manifestés à l'œil droit, sain jusqu'alors. L'énucléation a été faite; l'œil mis dans le liquide de Muller a été examiné et le diagnostic vérifié. La tête du cysticerque et ses crochets ont été retrouvés. On a pu constater — sur la pièce — une choroïdite, une organisation très-nette du corps vitré, un décollement de la rétine. Le cysticerque se trouvait en arrière de cette membrane, mais le décollement était dû non à son refoulement par la poche, mais au liquide épanché entre la rétine et la choroïde, liquide qui existe toujours dans le décollement de la rétine comme M. Poncet lui-même l'a déjà démontré dans la précédente séance.

M. LIOUVILLE vient d'observer avec M. Gripat, interne à l'Hôtel-Dieu, un malade mort du choléra qui présentait sur la face et le cou une espèce d'efflorescence blanchâtre très-curieuse et due à la sécrétion des glandes sudoripares. En effet, raclée avec un couteau, la substance traitée par l'acide azotique donnait des cristaux de nitrate d'urée. M. Liouville fait remarquer en outre que malgré l'anurie complète que l'on avait constatée chez le malade la vessie contenait une certaine quantité d'urine.

M. CARVILLE. Lorsque j'étais bénévole à Lariboisière, je me rappelle que MM. Bergeron et Ranvier observèrent une semblable production sur une personne qui avait succombé à un empoisonnement aigu par le phosphore. Ils reconnurent aussi que cette substance blanchâtre n'était autre que de l'urée.

M. JOFFROY cite un cas analogue. Le malade était atteint de myélite spontanée.

M. RABUTEAU. On se rappelle que dans la précédente séance M. Hayem m'a conseillé de me tenir en garde contre les erreurs possibles qui pouvaient survenir dans l'étude des fibres musculaires du cœur. Il ne faudrait pas trop se hâter, d'après lui, de conclure à une dégénérescence graisseuse du cœur, car normalement les fibres musculaires contiennent des granulations graisseuses. J'ai voulu m'assurer de ce fait et je me demande si, comme Ch. Robin l'a déjà remarqué, on ne prend pas pour des granulations graisseuses une concordance imparfaite dans la striation. J'ai traité des cœurs de chiens par l'alcool absolu, par l'éther bouillant et je n'ai point trouvé de graisse dans le résidu.

M. HAYEM. Je ne crois pas qu'on puisse confondre une striation non concordante avec les granulations granulo-graisseuses. Ces dernières, en effet, forment des chapelets situés non dans l'épaisseur des faisceaux, mais bien entre les faisceaux eux-mêmes.

M. GAUCHER présente une pile électrique pouvant, avec quelque modification facile à établir, donner le courant continu et le courant interrompu. Elle serait surtout remarquable par ce fait que, au repos, il n'y aurait aucune usure des éléments.

M. ONIMUS profite de cette présentation pour décrire une pile dont il est l'inventeur et qui présente les mêmes avantages.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Cazalas, médecin inspecteur des armées, dans laquelle l'auteur se déclare partisan de la doctrine de la *spontanéité du choléra.* M. J. Guérin a donc trouvé quelqu'un de son avis.

M. DELPECH. Dès à présent on peut considérer comme terminée l'épidémie cholérique. Cette semaine, en effet, on n'a constaté que deux décès, un en ville et un dans les hôpitaux civils. Les journées des 5, 7, 9 et 10 novembre ont été complétement indemnes ; de même les hôpitaux militaires. Il y a eu 4 entrées dans les hôpitaux civils, mais aucun cas ne s'est développé intérieurement. Du 4 septembre au 5 novembre il est entré 197 hommes et 197 femmes. Pour les hommes le chiffre des décès a été de 111, pour les femmes de 119.

M. JOLLY, d'après son ordre d'inscription, reprend la discussion sur le *choléra et les diarrhées cholériques.* Pour lui le choléra est une maladie épidémique et non contagieuse. Est-on bien sûr que le fléau soit toujours importé et qu'il ait toujours une origine indienne? Des bords du Gange n'est-il pas venu s'acclimater dans certains pays d'Europe où il existe à l'état permanent et d'où il rayonne?

Du reste, peu importe d'où vienne le mal puisqu'il existe. Ce qu'il faut connaître ce sont les causes qui font qu'il a certains lieux de prédilection ; les causes qui font qu'il progresse et se propage plus dans certaines régions que dans d'autres. Ce qu'il faut surtout rechercher ce sont les moyens propres à l'empêcher ou à le combattre. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Note sur la distribution des artères nourricières des circonvolutions cérébrales, par H. DURET.

L'étude des artères des circonvolutions cérébrales comprend deux parties bien distinctes : 1° La description de ces artères à la surface de ces circonvolutions ou dans la pie-mère; 2° Leur disposition dans l'intérieur de la pulpe cérébrale.

I. Les artères des circonvolutions cérébrales sont fournies par les cérébrales antérieures en avant, les sylviennes à la partie moyenne, et les cérébrales postérieures en arrière.

D'après nos recherches, chacune de ces artères a un champ de distribution assez constant pour qu'il soit possible de le délimiter. Leurs branches de premier ordre elles-mêmes obéissent à des lois assez régulières pour qu'on puisse indiquer nominativement les circonvolutions qu'elles nourrissent. On conçoit l'importance de cette étude au point de vue physiologique.

Les lésions cérébrales limitées aux champs de distribution de ces branches ou de ces artères sont assez fréquentes, pour qu'à la suite d'une excellente observation clinique, on puisse en tirer des conclusions au point de vue du rôle physiologique des groupes de circonvolutions en particulier. Nous avons fait cette énumération dans le *Mouvement médical* (n°s 3, 4 et 5 1873).

Quelle que soit leur origine, les artères des circonvolutions se divisent en rameaux de plus en plus petits qui tantôt rampent à la surface des circonvolutions, tantôt pénètrent dans leurs sillons jusqu'à ce qu'enfin elles se terminent par des *arborisations*.

Ces *arborisations* ne sont pas seulement la terminaison des plus petits rameaux : elles naissent toutes formées des grosses branches. C'est ainsi que dès leur origine, les trois ou quatre branches de division de la sylvienne émettent des arborisations à la surface du lobule de l'insula. Cette disposition est tout à fait dissemblable de la distribution si régulière des artères des autres parties du corps.

Ces *arborisations* sont surtout remarquables à la surface libre des circonvolutions : elles sont très-élégantes et très-pures. Pour les former, il semble que, le plus souvent, les branches viennent des faces contiguës des circonvolutions voisines. Leurs ramifications serpentent dans tous les sens, et souvent se recouvrent les unes les autres, ce qui avait fait croire à des anastomoses. Vous pouvez vous rendre un compte exact de cette disposition et de cette apparence sur ce beau dessin dû à l'obligeance de mon ami, G. Clérault. Ce dessin est la *reproduction absolue* de la pièce injectée que je mets sous vos yeux.

Les artères de la pie-mère ont-elles des anastomoses entre elles ? Est-il vrai, comme presque tous les auteurs d'anatomie le prétendent, que les arborisations forment un riche réseau anastomotique, comparable au réseau pulmonaire ou au réseau cutané ? C'est là, *une erreur capitale*. Avant d'oser formuler une contradiction si nette, nous avons recherché par tous les moyens possibles le réseau anastomotique. Nous avons fait, en différentes circonstances, l'examen de plus de vingt injections de la pie-mère au carmin ou au bleu de Prusse : nos études ont porté sur tous les âges depuis le fœtus de trois mois jusqu'à l'adulte : nous avons coloré simplement des lambeaux de pie-mère ; nous les avons traités par le nitrate d'argent : nous n'avons jamais trouvé ce réseau. L'erreur serait cependant facile à commettre à l'œil nu ; mais, au microscope, on reconnait que ce sont des vaisseaux qui se croisent, qui serpentent les uns au-dessous des autres, et s'enlacent de toutes les façons.

Est-ce à dire qu'il n'existe pas du tout d'anastomoses entre les artères de la pie-mère ? Non, car si on injecte une des branches de la sylvienne, par exemple, tout l'hémisphère du même côté se remplira de la matière colorante. Les anastomoses ont lieu entre les grosses branches par de petites artérioles de 1/2 à 1/4 de millimètre. Ces anastomoses ne sont pas très-fréquentes. On les découvre difficilement par une dissection patiente, mais on les voit très-bien si l'on pousse l'injection très-doucement : c'est par leur intermédiaire que celle-ci passe d'un champ artériel dans l'autre.

Telle est, en résumé, la disposition des artères à la surface de la pie-mère. Avant d'étudier leur distribution dans la pulpe cérébrale, il est nécessaire de connaître la disposition des veines.

Les veines des circonvolutions sont de deux ordres : 1° Les *veines de la convexité* qui vont dans le sinus longitudinal supérieur; 2° Les veines de la face inférieure qui se jettent dans les sinus de la base du crâne. Entre les deux systèmes, l'un supérieur, l'autre inférieur, il existe quelques anastomoses assez larges. Une des veines supérieures s'ouvre à plein canal dans la veine sylvienne. Cette anastomose a déjà été décrite par M. Topinard (Thèses de Paris).

Au contraire, chacune des veines de la convexité, n'a que des communications très-restreintes avec sa voisine. Il m'a été possible d'injecter assez finement une quelconque d'entre elles sans injecter toujours les voisines.

Les veines ont des *arborisations* absolument semblables à celles des artères à la surface des circonvolutions. Les arborisations veineuses sont cependant plus rares et plus volumineuses. Vous pouvez voir cette disposition sur le dessin et sur les pièces où les veines et les artères sont très-finement injectées.

II. Des arborisations artérielles de la pie-mère se détachent *perpendiculairement* deux sortes d'artérioles, qui toutes deux cependant, d'après la nomenclature de M. Robin, rentreraient dans la classe des capillaires : les unes sont à peine visibles, les autres sont plus grosses.

Si l'on soulève doucement un lambeau de pie-mère injectée, on voit comme une pluie de ces fines artérioles qui tombent perpendiculairement dans la pulpe cérébrale. Si on arrache complétement le lambeau, on voit que la surface de la circonvolution est criblée de petits pertuis, qui ne sont pas distants les uns des autres d'un millimètre.

Sur une coupe de la circonvolution examinée au microscope, on voit que les plus fines artérioles ne dépassent guère la couche grise, tandis que les plus grandes la traversent *sans diminuer de volume* et pénètrent très-loin dans la pulpe cérébrale. On peut voir sur ces dessins et sur ces préparations, que ces artérioles donnent naissance à *quatre réseaux capillaires* d'aspects différents : 1° Réseau tout à fait superficiel, peu serré ; 2° réseau très-fin au niveau de la partie moyenne de la substance grise, de la couche des cellules nerveuses ; 3° réseau moins dense sur la limite de la substance grise et de la substance blanche ; 4° réseau à mailles très larges dans la substance blanche.

Ce réseau capillaire très-fin dans la substance grise, dans la couche des cellules, n'est pas un fait isolé : nous avons trouvé une disposition analogue pour les olives et pour les noyaux du bulbe.

Les veines qui pénètrent dans la pulpe cérébrale sont aussi de *deux ordres* : mais les grosses veines de la substance blanche sont *plus volumineuses et plus rares* que les artères correspondantes. On en trouve seulement deux ou trois par circonvolution. Les veines les plus fines répondent au réseau capillaire moyen dans lequel elles se terminent ; — les veines les plus grosses envoient souvent de *petites branches récurrentes* qui dessinent un réseau veineux au-dessous de la couche de substance grise corticale.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE

V. Des variations dans la quantité d'urée excrétée avec une alimentation normale et sous l'influence du thé et du café. — Par E. Roux.

Le thé et le café sont considérés, depuis longtemps, comme des substances empêchant la dénutrition des tissus, conclusion tirée de ce qu'ils diminuaient la quantité d'urée excrétée chaque jour. Or, les expériences entreprises avec soin par M. E. Roux au laboratoire de la Faculté de Clermont, l'ont amené à une conclusion toute opposée. Il s'est soumis à l'usage du thé ou du café, après avoir, au préalable dosé la quantité d'urée excrétée en 24 heures pendant plusieurs jours; et toujours l'ingestion de ces deux substances a produit chez lui une augmentation dans la quantité d'urée et de chlorure de sodium excrétés. L'augmentation de l'urée le premier jour où l'on prend l'une de ces substances est très-considérable, mais elle ne dure pas ; et le chiffre revient peu à peu au chiffre normal bien que l'on continue leur usage.

VI. Ammoni-nitrométrie ; nouveau procédé pour doser l'ammoniaque et l'azote des matières organiques, eaux

minérales etc., par M. PIOGGARI. (*Répertoire de Pharmacie*, 10 septembre 1873).

Ce procédé permet de doser, dans une eau minérale par exemple, des quantités infinitésimales d'azote, quel que soit l'état ou il s'y trouve. Il consiste à transformer cet azote, transitoirement en composés nitreux, et définitivement en ammoniaque.

On fait agir sur les matières azotées, pendant deux à trois heures, et à une température de 55 à 60 degrés centigrades un mélange de chlorure d'argent récemment précipité et d'hydrate potassique, substances que l'on peut facilement obtenir exemptes d'ammoniaque; les produits uitreux ainsi formés sont transformés en ammoniaque au moyen de l'hydrogène à l'état naissant produit par l'action d'un hydrate alcalin sur de l'aluminium en limaille, à une température qui, pendant une demi-heure, une heure, ne doit pas dépasser celle de l'ébullition On dose alors facilement l'ammoniaque au moyen de la liqueur de Nessler. Si la quantité d'ammoniaque contenue est inférieure à un centième de milligramme par centimètre cube, M. Pioggari la dose avec son réactif spécial, dit *ammoni-nitrométrique* : une à deux gouttes de phénol et 5 à 6 centimètres cubes de liqueur de Labarraque ajoutés au liquide, y produisent une belle coloration bleu violet, dont l'intensité peut être comparée à une liqueur normale.

VII. Le Chloralum.

Les Anglais vantent et exploitent de toutes façons, surtout depuis l'apparition du choléra, un nouveau désinfectant, désigné sous le nom de chloralum, qu'il ne faut pas confondre avec le chlorure d'alumine ou hypochlorite d'alumine, substance analogue au chlorure de chaux, et désiufectant comme lui par le chlore qu'elle produit. Le chloralum des Anglais est vendu sous deux formes : liquide et solide. Le liquide est une solution de chlorhydrate d'alumine impure et est ainsi composé.

Eau	80 9
Chlorure d'aluminium	16
Chlorure de calcium et magnésium	1 7
Sulfates alcalins	0 1
Acide chlorhydrique	1 2

La poudre offre à peu près la même composition, avec addition de Kaolin, et autres impuretés, pour rendre maniable le chlorhydrate d'alumine, déliquescent (*Répertoire de Pharmacie*, 25 septembre 1873.) Ce produit fort complexe paraît agir par son excès d'acide, en absorbant les combinaisons ammoniacales, et par son alumine qui jouit, comme on le sait, de la propriété de former avec un grand nombre de substances organiques des combinaisons insolubles désignées sous le nom de *laques*. Or, il est évident que ce composé vaut moins que le chlorure d'alumine qui unit à des propriétés désinfectantes plus énergiques, une composition mieux définie et que ce dernier produit doit être préféré.

VIII. Purification de l'acide chlorhydrique (*Revue de chimie de Ch. Mène*, 13 *mai* 1873).

La présence constante de l'arsenic dans l'acide chlorhydrique du commerce, fait une nécessité, pour les usages pharmaceutiques, de purifier ce produit avec soin. MM. Zettenow et Lugel ont chacun proposé un procédé qui permet d'obtenir un acide chlorhydrique parfaitement exempt d'arsenic. M. Zettenow additionne l'acide brut exempt de fer d'un peu d'eau de chlore et de chlorure de chaux pour oxyder l'acide sulfureux; puis 5 pour mille de chlorure d'étain; après 24 heures à 30 ou 35 degrés la séparation de l'arseuic et la clarification de l'acide sont complètes; il ne reste qu'à distiller. M. Lugel introduit dans un litre d'acide quatre à cinq grammes d'hypophosphite de soude, après 48 heures le dépôt cesse de se former, et l'acide clair, décanté, est distillé.

IX. De la coloration de l'urine par le séné.

M. Gubler a signalé à la *Société de Thérapeutique* (séance du 13 août 1873) une singulière propriété du séné qu'il a découverte. L'urine des malades qui ont pris du séné se colore en jaune intense avec reflet verdâtre; l'on croirait voir une urine ictérique. Mais la réaction caractéristique des matières colorantes de la bile par l'acide azotique n'existe pas pour ces urines : et de plus si l'on projette au fond du tube qui contient l'urine un fragment de potasse, on voit apparaître une très-belle coloration pourpre. La distinction entre ces deux sortes d'urines est donc des plus faciles. M. Gubler se demande si l'on ne pourrait pas attribuer les phénomènes observés à l'acide chrisophanique contenu dans le séné.

X. Préparation du protoiodure de mercure.

La difficulté, dans la préparation de ce composé est sa purification; il contient toujours une certaine quantité de biiodure que les lavages répétés à l'alcool ne réunissent jamais complétement à enlever. M. Williams se sert d'uue solution bouillante de chlorure de sodium, qui dissout le biiodure, sans agir sur le protoiodure. C'est d'ailleurs, par cristallisation dans cette solution bouillante que la pharmacopée d'Edimbourg prépare le bi-iodure. (*Répertoire de pharmacie*, d'après *The Journal and Transactions*, 21 juin 1873). G. HIRNE.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement des plaies en général et en particulier d'un mode nouveau de pansement antiseptique par le coaltar et le charbon, par le docteur L. BEAU (de Toulon), — br. in-7 de 134 pages, chez J.-B. Baillière.

Le pansement des plaies reste toujours un point de la plus haute importance dans la thérapeutique chirurgicale. C'est une question dont on s'occupe surtout depuis une dizaine d'années, et qui, loin de perdre, en ce moment, de son intérêt, semble au coutraire attirer de plus en plus l'attention du monde médical.

Le travail du docteur Beau sur le traitement des plaies, comprend deux parties; la première est consacrée à l'exposition raisonnée des principaux modes de pansements antiseptiques employés jusqu'ici, et qu'il divise en deux classes : *pansements* par *occlusion*, comprenant la réuuion immédiate, l'écrasement linéaire des pansements rares, l'occlusion pneumatique de M. J. Guérin, et l'aspiration continue de Maisonneuve, le pansement à l'ouate de M. Alp. Guérin; *pansements désinfectants* comprenant le charbon, la poudre de tan de quinquina, les résiueux, le camphre, les huiles essentielles, le chlore et les chlorures, l'iode, les acides, le chlorure de sodium la glycérine, l'alcool, le goudron et ses derivés. Nous ne faisons qu'exposer le sommaire de cette première partie, nous réservant d'insister surtout sur la seconde partie qui est consacrée à l'exposition d'un mode spécial de traitement de plaies.

Et d'abord, quelles sont les indications des plaies ? Toute plaie, si peu étendue qu'elle soit, constitue toujours un problème pathologique complexe; aussi les coudiiions d'un traitement rationnel sont nombreux, mais parmi les principales il faut ranger. 1° L'inflammation à préveuir, à combattre ou plutôt à modérer ; 2° La circulation à régler par une position convenable ; 3° Le repos, l'immobilité de la partie à assurer 4° L'immutabilité du pansement, sa rareté, son unicité à obtenir, si c'est possible; 5° La surveillance de la plaie à exercer, le traitement chirurgical à effectuer, quand la chose devient nécessaire. L'accès de l'air à empêcher et en même temps l'accumulation du pus à prévenir.

Selon M. Beau, c'est précisément parce que les divers *modes* de pansement employés jusqu'ici ne remplissent pas toutes ces conditions à la fois, ou du moins ne les remplissent pas toutes au même degré et d'une manière suffisante, c'est pour cela surtout qu'aucun d'eux n'a encore obtenu l'assentiment général. Quant au pansement qu'il préconise, il lui semble remplir toutes ces indications : c'est un antiseptique sûr et un émollient, un anti infectieux et un anti-inflammatoire.

Voyons en quoi consiste ce pansement spécial : D'une manière générale, le pansement de M. Beau se compose : 1° D'une forte couche de poudre de charbon et de coaltar ; 2° De gâteaux très-épais de charpie pénétrée de charbon coaltaré, de compresses nombreuses et superposées, le tout largement arrosé

d'émulsion tiède de coaltar au 10ème — c'est là l'*antiseptique* et secondairement le *désinfectant*; c'est aussi l'*absorbant*; 3° D'une pièce de taffetas imperméable très-léger, devant toujours largement dépasser les bords des pièces de linge sous jacente ; c'est là l'*inévaporant*; 4° D'une simple bande ou languette employée à titre de moyen contentif.

C'est de cette manière que M. Beau panse les plaies simples, les plaies contuses, suppurant ou devant suppurer, les ulcères, les moignons résultant d'une amputation. Il renouvelle le pansement le plus rarement possible, tous les 12 ou 15 jours. Comme adjuvants de ce pansement, l'auteur préconise dans certains cas la *position élevée* et l'*immobilité* qui sont d'une efficacité si remarquable contre l'engorgement, l'inflammation et la douleur.

Après la description minutieuse du pansement, M. Beau s'applique à en démontrer la supériorité et à prouver qu'il est en définitive, à la fois : un pansement *rare, humide, désinfectant, antiseptique, isolant.* Nous n'insistons pas ; cela revient à dire qu'à lui seul il résume autant que faire se peut, tous les avantages que nous offrent séparément les diverses méthodes de pansement des plaies les plus justement préférés, celles qui aujourd'hui semblent se partager la faveur des hommes de l'art.

M. Beau parle en chirurgien convaincu de la supériorité du pansement qu'il emploie : n'y a-t-il pas un peu d'enthousiasme dans la description qu'il trace ? En tous cas l'auteur demande à ses confrères de vouloir bien faire des essais avec toute l'exactitude et toute l'attention nécessaires, et il est persuadé que chacun ne tardera pas à se faire une statistique personnelle bien autrement probante que celle qu'il pourrait publier aujourd'hui, et qu'il passe malheureusement sous silence, contraint qu'il est d'imposer certaines bornes à son travail.

G. PELTIER.

VARIA

Potion contre le choléra des enfants.

Bois de campêche	4 gram.
Faites bouillir dans eau q. s. pour avoir 120 grammes de décocté, puis ajoutez :	
Teinture de cachou.	20 gouttes.
Teinture d'opium.	1 à 3 —
Sirop simple	30 gram.

Mêlez par cuillerée à café d'heure en heure. (*Bullet. des travaux de la Soc. de pharm. de Bordeaux*).

Dentition des jeunes enfants, traitement.

L'évolution des dents chez les jeunes enfants s'accompagne toujours, même lorsqu'elle se fait d'une façon normale, de phénomènes inflammatoires locaux et généraux. Parmi les premiers il faut ranger le gonflement considérable et la tension des gencives, les aphthes, la stomatite simple, l'adénite cervicale. Les enfants éprouvent un prurit qui leur fait constamment porter les doigts à la bouche et mâcher avec satisfaction, tous les corps qui leur tombent sous la main. C'est ce qu'on appelle le *prurit de dentition.*

Parmi les phénomènes généraux il faut citer, la fièvre, les vomissements, la diarrhée, la bronchite. Pour peu que le manque de soins ou une cause quelconque s'oppose à l'évolution régulière des phénomènes physiologiques de terribles accidents, tels que les convulsions, les syncopes, l'épilepsie, sont à redouter : aussi de tous temps a-t-on cherché à aider la nature et dans ce but différentes médications ont été tour à tour essayées. Contre les accidents locaux, les hochets, les frictions belladonées derrière les oreilles, les sangsues à l'angle de la mâchoire, l'incision et l'excision de la gencive ; contre les accidents généraux, les bains tièdes et en général toutes les préparations calmantes.

Un remède nouveau, le *sirop oulophile* de Wague, paraît appelé à donner de bons résultats, il a été déjà employé et avec avantage dans plusieurs hôpitaux d'enfants. Il a une grande action sur les gencives, les prépare, les ramollit, empêche leur trop grande inflammation. De plus, par plusieurs de ses principes il agit sur l'économie et par ses propriétés sédatives il peut empêcher les convulsions de se produire. Ajoutons que son goût est agréable, que les enfants le prennent facilement et qu'il n'est pas besoin de les soumettre à un régime spécial.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le docteur DUPLAY. — Salle Sainte-Marthe n° 2, iritis rhumatismal ; — n° 5, abcès de la gaine du sterno-mastoïdien ; — n° 8, adénome du sein ; — n° 12, métrite fongueuse ; n° 15, fongosités du calcanéum ; amputation prochaine ; — n° 17, myxo-sarcome de la cuisse ; récidive ; — n° 18, papillome épithéliomateux du rectum : ablation de la moitié de celui-ci dans une hauteur de 12 cent.

Salle Saint-Barnabé. — N° 2, Fracture de la crête illiaque gauche ; — n° 18, fracture compliquée de l'avant-bras ; — n° 16, calculs prostatiques, tailles successives : réparation de la paroi uréthro-rectale : — n° 27, gommes de la cuisse ; — n° 30, plaies de la trachée et du cou par un rasoir ; n° 30, érysypèle ; phlegmom de la parotide ; paralysie de quelques branches du facial ; — n° 42, calculs vésicaux : lithotritie périnéale ; — n° 50, calculs vésicaux ; lithotritie périnéale.

Clinique chirurgicale. — M. le docteur S. DUPLAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons de clinique chirurgicale, *le mardi* 18 *novembre* à 9 heures 1/2, et les continuera le mardi de chaque semaine à la même heure. Visite des malades, tous les jours à 8 heures 1/2. Opérations, le mardi, après la leçon.

Clinique médicale. — M. le docteur PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons de clinique médicale, *le samedi, 22 novembre* à 9 heures 1/2 et les continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure. Visite des malades, tous les jours à 8 heures 1/2.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. BARTHEZ. Salle Sainte-Mathilde (filles) : n° 1, rougeole ecchymotique ; — n° 5, pleurésie purulente ; empyème ; — n° 14, pleurésie purulente ; trois thoracentèses ; n° 15, adénite péri-bronchique tuberculeuse ; tubercules pulmonaires ; — n° 16, adénite péri-bronchique suspecte ; — n° 26, angine scrofuleuse.

Salle Saint-Benjamin (garçons) : n° 1, fièvre typhoïde, rechute ; — n° 2, fièvre typhoïde ; — n° 15, paralysie du voile du palais, suite d'angine diphthéritique ; — n° 18, tuberculisation suite de rougeole ; — n° 23, tumeur cérébrale, hémiplégie gauche ; n° 28. anasarque aiguë sans albuminurie ; — n°s 24 et 25, chorée. — *Croups* : garçons, 9 et 17 ; — filles, 10 et 12.

Service de M. SÉE. — Salle Napoléon (garçons) : n° 1, torticolis droit ; contracture des 2 faisceaux du sterno-mastoïdien ; — n° 3, fracture comminutive et plaie de la jambe gauche et fracture des deux cuisses ; — n° 5, fistule urinaire (opéré de taille) ; — n° 6, cataracte double ; — n° 20, hypospadias ; — n° 21, tumeur érectile veineuse de la joue ; — n° 42, plaie du nerf cubital. — Salle Sainte-Eugénie (filles) : n° 6, déchirure du périnée ; — n° 29, fistule urinaire ombilicale ; cette fistule a été stercorale pendant quelque temps ; — n° 31, fistule salivaire.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. LABBÉ. Salle des femmes : n° 16, kyste de l'ovaire ; — n° 17, fistules intestinales multiples ; — n° 22, kyste de l'ovaire ; — n° 23, tumeur fibroplastique de l'aine. — Salle des hommes : n° 35, kyste hydatique de l'épaule ; — n° 41, calculs vésicaux.

Service de M. LASÈGUE. Cliniques les mardis, jeudis et samedis. — Salle des femmes : n° 22, myôme utérin ; — n° 31, hématocèle rétro-utérine ; — n° 39, myélite transversale ; — n° 40, myômes extra-utérins. — Salle des hommes : n° 3, carcinome stomacal ; — n° 6, leucémie hépatique et splénique ; — n° 17, broncho-pneumonie ; — n° 20, pachyméningite ; — n° 40, épilepsie symptomatique.

Service de M. GALLARD. Salle des femmes : n° 6, polype fibrineux de l'utérus ; — n° 40, affection cardiaque et maladie de Bright. — Salle des hommes : n° 24, paralysie agitante ; — n° 26, paralysie générale ; — n° 38, tumeur cérébrale.

Hôpital Necker. M. POTAIN, visite à 9 heures. Salle Saint-Louis (hommes) : 10, paralysie de la corde vocale droite ; — 12, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite. — Salle Sainte-Anne (Femmes) : 5, ascite (diagnostic à faire), péritonite chronique ; — 20, 29, 34, hystéries à formes très-curieuses.

Hôpital de la Charité. M. TRÉLAT salles Saint-Jean (hommes), et Sainte-Rose (femmes), a repris depuis le 12 novembre ses leçons hebdomadaires de clinique ; tous les mercredis à 10 heures ; visite à 9 heures 1/2.

Hôpital Lariboisière. Service de M. WOILLEZ. Salle Saint-Landry (hommes) : n° 15, pneumonie du sommet à droite ; — n° 16, zona du tronc ; — n° 24, fièvre typhoïde, hémorrhagie intestinale ; — n° 26, insuffisance aortique ; n° 30, insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral. — Sainte-Mathilde (femmes) : n° 2, fièvre typhoïde, hémophilie (épistaxis, saignements des gencives, purpura) ; — n° 3, coliques hépatiques, ictère ; n° 8, pleurésie chronique (empyème) ; — n° 12, endo-péricardite rhumatismale ? ; — n° 26, cancer de l'estomac.

Service de M. TILLAUX. — Examen des malades par les élèves, opérations le mercredi. Salle Saint-Louis (hommes) : n° 1, mal perforant ; — n° 14, pustule maligne (double) à l'avant-bras droit ; — n° 19 (bis), fracture du fémur gauche au niveau du cartilage de conjugaison chez un enfant ; —

n° 24, ostéo-sarcome de l'os iliaque, récidive, opération ; n° 30, double amputation des membres inférieurs pour écrasement par un wagon. — Sainte-Jeanna (femmes), n° 2, scoliose à droite, guérison par la station horizontale ; — n. 3, tumeur périutérine inflammatoire? ; n° 10, tumeur encéphaloïda de la rata? — n° 13, phlegmon du ligament larga ; — n° 31 sarcome du sternum.

Enseignement médical libre.

Policlinique du Dr Berrut *pour le traitement des maladies chirurgicales des femmes.* — Consultations libres le jeudi de 9 heures à 11 heures du matin, rue de Bellechasse, 29. — Leçons pratiques sur les maladies du sein. La première leçon a lieu chaque année la premier jeudi de novembre à 11 heures. Les inscriptions sont reçues de 3 à 5 heures.

Clinique Médicale. — M. le Dr T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses leçons de *Clinique médicale,* dans l'Amphithéâtre n° 5, de cet Hôpital, le mardi 18 novembre 1873.

Mortalité a Paris. Durant la semaine finissant le 31 octobre, 790 décès: Fièvre typhoïde, 35; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonia, 35; — dyssenterie, 6 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 22 ; — choléra, 20 ; — angine couenneuse, 6 ; — croup, 13 ; — affections puerpérales, 5.

Du 1er au 7 novembre, 836 décès : Rougeole, 15 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 20 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 35: — pneumonie, 55 ; — dyssenterie, 5; — diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; — choléra, 11 ; — angina couanneusa, 7 ; — croup, 17 ; — affections puerpérales, 5 ; — affections aiguës, 209 ; — affections chroniques, 366 (dont 184 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 65 : — causes accidantelles, 16.

Lyon.— Du 20 octobre au 2 novembre, 269 décès : Fièvres continues, 8 ; — bronchite aiguë, 8; — pneumonie, 12; — dyssenterie, 2; — diarrhée, 17; — cholérine, 1 ; — angina couenneuse, 2 ; croup, 1; — affections puerpérales, 0; — affections cérébrales, 50; — phthisie, 45 ; — affections chirurgicales, 18,

Londres. — Du 19 au 25 octobre, 1,404 décès : Rougeole, 76 ; — scarlatine, 13 ; — fièvre typhoïde, 46; — érysipèle, 8 ; — bronchite, 85 ; — pneumonie, 63; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée, 29 ; — choléra nostras, 2; — diphthérie, 4 ; — croup, 8 ; — coqueluche, 27.

Du 26 octohre au 1er novembre, 1,652 décès : Rougeole, 103 ; — scarlatine, 12 ; — fièvre typhoïde, 38 ; — érysipèle, 9 ; — hronchite, 270 ; — pneumonie, 113 ; — dysenteric, 4 ; — diarrhée, 21 ; — choléra nostras, 1 ; — diphthérie, 10; — croup, 17 ; — coqueluche. 41.

Faculté de médecine. — *Pathologie interne,* — M. Damaschino, suppléant M. Axenfeld, traite dans son cours des *maladies du tube* digestif.

Pathologie externe. — M. Dolbeau traite, cette année, des affections chirurgicales des organes sphlanchniques. Il a commencé par l'étude du bec de lièvre. L'ouverture de ce cours a eu lieu sans accident.

Anatomie. — M. Marc Sée, chef des travaux anatomiques à la Faculté, commencera son cours le mercredi 18 novembre à 4 heures (amphithéâtre n° 3 de l'école pratique), mardi, jeudi et samedi.

Clinique médicale. — M. le professeur Béhier a commencé son cours de clinique médicale le mercredi 12 novembre. Pendant le semestre d'hiver, les leçons auront lieu tous les mercredis, à 9 heures 1/2, Les lundis et vendredis, démonstrations au laboratoire, par MM. Ernest Hardy et Liouville à dix heures. Visites et interrogations tous les jours, dans les salles des malades. à 8 haures 1/2.

Egole de pharmacie de paris. — L'ouverture des cours, dont nous donnons le programme, a eu lieu le 4 novembre.

Chimie générale. — M. Riche. — Mardi, jeudi, samedi, à trois heures et démie.

Pharmacie. — M. Bourgoin. — Lundi, mercredi, vendredi, à una heure.

Histoire naturelle des médicamants, — M. Planchon. Lundi, mercredi, vendredi à trois heures et demi.

Zoologie. — M A. Milne-Edwards. Mardi, jeudi. samedi, à onze heures.

Physique. — M. Buignet. Lundi, mercredi, vendredi, à onze heures et demi.

Travaux pratiques de troisième année. M. Personna. Tous les jours de midi à quatre heures (*Répert. de pharm.*)

Choléra. — *Autriche.* — Vienne, 7 novembre 1873. Les cas de choléra qui se sont produits dans le courant de la semaine dernière sont de plus en plus rares et toujours isolés. La marche de ces cas pendant les différents jours de la semaine à été la suivante : 30 octobre 9 cas, 3 décès ; 31 octobre 4 cas, 8 décès. 1er novembre, 8 cas, 1 décès, 2 novembre, 2 cas, 2 décès ; 3 novembra, 4 cas, 2 décès ; 4 novembre, 1 cas, 0 décès ; 8 novembre, 2 cas, 2 décès, dont le total de la semaine est de 27 cas nouveaux et 44 décès, dont 1 appartiennent au 2e arrondissement.

Dans les faubourgs, il y a eu trois cas nouveaux et 2 décès, et à la campagne 43 cas et 21 décès.

L'état sanitaire de Vienne est, du reste, très satisfaisant, le mouvement des malades dans les différents établissements hospitaliers a été le suivant :

Restés en traitement dn 29 octobre	2.828
Entrés jusqu'au 5 novembre......	697
Total.........	5.525
dont..........	587 sorties, 68 décès

et 2,870 restés en traitement. (*Wiener mediz. Vochenschrift.*)

Italie. — Du 26 octobre au 1er novembre il y a en 21 cas de choléra à *Gènes* (12 hommes, 9 femmes). A *Quarto,* dit *La Salute,* il y a eu trois cas de choléra dans la même maison.

France. — *Caen.* — Voici le tableau aussi exact que possible de la marcha du choléra.

17 septembre	10	décès, dont	5	choi.		9	octobre	7	décès, dont	2	chol.
18	—	11	—	6	—	10	—	12	—	5	—
19	—	9	—	6	—	11	—	16	—	9	—
20	—	13	—	6	—	12	—	6	—	6	—
21	—	11	—	6	—	13	—	20	—	14	—
22	—	15	—	6	—	14	—	16	—	12	—
23	—	11	—	7	—	15	—	23	—	19	—
24	—	12	—	10	—	16	—	19	—	15	—
25	—	23	—	9	—	17	—	19	—	15	—
26	—	10	—	7	—	18	—	17	—	13	—
27	—	20	—	11	—	19	—	12	—	8	—
28	—	7	—	4	—	20	—	13	—	8	—
29	—	14	—	6	—	21	—	8	—	4	—
30	—	14	—	7	—	22	—	13	—	8	—
1er	octobre	14	—	8	—	23	—	7	—	4	—
2	—	14	—	6	—	24	—	11	—	7	—
3	—	9	—	5	—	25	—	13	—	8	—
4	—	14	—	8	—	26	—	5	—	2	—
5	—	8	—	5	—	27	—	12	—	7	—
6	—	10	—	7	—	28	—	7	—	2	—
7	—	11	—	6	—	29	—	3	—	0	—
8	—	6	—	2	—						

Depuis six semaines, il y a donc eu 510 décès environ, dont 300 dus au choléra. — A Bénouville, où, selon le *Bonhomme normand,* on avait signalé 2 on 3 cas de choléra, l'état sanitaire est devenu satisfaisant.

Le Hâvre. — Du 24 au 31 octobre, il y a eu 65 décès, savoir : fièvra typhoïde, 2; — apoplexie, 6 ; — coqueluche, 1 ; — croup, 1 ; — diarrhéa cholériforme des jeunes enfants, 10 ; — choléra, 6 ; — affections chroniques, 12; — phthisie, 9; — maladies chirurgicales, 4 ; — asphyxie par submersion, 1 ; morts-nés, 6. Du 1er au 7 nov., choléra nostras, 1 ; diarrhée cholérif. 7.

Conférences pour l'internat en pharmacie. M. L. Patrouillard, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoina, a ouvert das conférences préparatoires au concours de l'internat en pharmacie, le lundi 3 novembre. (*Rép. de phar.*)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Versailles. — Imprimerie Cerf et fils, 59, rue du Plessis.

1re ANNÉE — No 24 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 22 NOVEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *Nous prévenons nos abonnés qu'ils recevront, franc de port, contre l'envoi de 2 fr. 25 en timbres-postes :* 1o **Les leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice ; — 2o Les leçons sur la compression lente de la moelle épinière** *(Voir au* BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.)

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — **M. le professeur GOSSELIN.**

Anévrysme de l'artère poplitée.

Leçon recueillie par Albert ROBIN, interne du service.

Messieurs,

Au no 19 de la salle Sainte-Vierge est couché un malade, dont j'ai eu déjà l'occasion de vous entretenir au mois de juillet dernier. Atteint d'un *anévrysme de l'artère poplitée*, ce malade nous fournit un exemple rare et curieux de la plupart des phénomènes qui peuvent venir compliquer le traitement de cette affection : c'est pourquoi il est utile de fixer notre attention sur les péripéties diverses de ce cas particulier dont on pourrait intituler l'observation : *Etude des accidents consécutifs au traitement des anévrysmes*.

Voici en quelques mots, l'histoire de notre malade : il est atteint d'un anévrysme poplité, dont le début remonte à trois ans. Cet anévrysme est spontané, d'origine athéromateuse, selon toute probabilité : les artères sont flexueuses, rigides, et le sphygmographe nous a donné le tracé caractéristique. Il fut décidé tout d'abord que l'on emploierait la *compression digitale* sur l'artère fémorale, comme mode de traitement. Si complète qu'elle soit, la compression digitale n'empêche pas absolument le passage du sang : une petite quantité de ce liquide filtre sous le doigt qui comprime, surtout au moment où les aides se remplacent. Mais cette condition est plutôt favorable, d'après l'opinion de M. Broca : les caillots formés après interruption incomplète du cours du sang sont fibrineux et plus denses que ceux qui sont produits par l'interruption complète de la circulation anévrysmatique ; ces derniers sont mous, peu consistants et ce sont les premiers qui jouent, dans l'obturation du sac, le rôle le plus important.

La compression fut pratiquée les 11 et 12 juillet : on la continua pendant 38 heures, mais elle causa au malade des douleurs si vives qu'on dut la cesser devant ses instances. C'est là un accident assez fréquent et qui vient malheureusement mettre obstacle à l'emploi complet d'une excellente méthode thérapeutique. Toutefois, un certain résultat avait été obtenu : les artères collatérales s'étaient un peu dilatées sous l'influence de la compression de l'artère fémorale ; nous avions repoussé la ligature d'emblée de cette artère, vu qu'elle peut avoir pour conséquence la gangrène du membre ; mais cette crainte n'ayant plus de raison d'être, puisque la circulation collatérale était assurée, nous pratiquâmes, le 14 juillet, la *ligature de l'artère crurale* dans le triangle de Scarpa. Tout alla bien d'abord pendant quelques jours, mais les phénomènes qui suivirent sont si complexes qu'il importe de les grouper d'après leur époque d'apparition, ce qui nous permettra de saisir plus exactement leur ensemble.

Les 13 jours qui suivirent la ligature peuvent constituer comme une première phase : les battements disparaissent, la tumeur se solidifie, le bruit de souffle n'est plus perceptible ; on constate même une certaine diminution dans le volume de l'anévrysme. Tout fait pressentir une heureuse issue ; mais le tableau change, nous entrons dans une deuxième phase caractérisée par cet accident : retour de battements dans la poche, sans augmentation de volume d'ailleurs. Ces pulsations, quoique faibles et partielles, il est vrai, indiquent que le sac est de nouveau perméable au sang, d'une part ; qu'il est en communication avec une artère perméable, d'autre part. On voit assez fréquemment le sang revenir dans l'artère poplitée par une de ses branches articulaires et pénétrer dans la poche dont les caillots ne sont pas solidifiés complétement, et cet état de chose nous aurait donc causé peu d'inquiétudes, si d'autres phénomènes plus importants n'étaient venus, sans ligne de démarcation bien tranchée, former une troisième phase de la maladie : les pulsations continuent, la tumeur augmente considérablement de volume, elle devient rapidement molle et fluctuante. Ce n'était plus un simple retour de battements, c'était une véritable *récidive* d'un anévrysme devenu probablement diffus : une question se posait, urgente, commandée par l'acuité des symptômes : la tumeur n'allait-elle point augmenter encore, une rupture n'était-elle pas à craindre ?

Survint une quatrième phase, suivant la troisième de très-près : *l'anévrysme récidivé et diffus s'enflamme*, des douleurs très-vives se font sentir, douleurs d'inflammation autant que de compression ; la peau devient rouge, chaude et tendue ; la fluctuation devient superficielle. Que va-t-il

se passer? Tout porte à craindre une terminaison par suppuration ; aussi, quelques jours s'étant écoulés sans amener une rémission dans les accidents, nous pratiquons une *ponction exploratrice* à l'aide de l'appareil de M. Potain, afin de savoir si le liquide que nous percevons est du sang ou du pus. Nous obtenons une petite quantité d'un liquide visqueux, coulant difficilement, ayant l'aspect de la gelée de groseille ou du résiné : examiné au microscope, on le trouve constitué par des globules sanguins déformés, crénelés, et des leucocytes granuleux dans une très-petite quantité d'un plasma rougeâtre. L'anévrysme diffus, récidivé, enflammé, n'a pas suppuré.

Deux mois et demi après la ligature, apparut une cinquième phase : les pulsations, le bruit de souffle cessent absolument : cet anévrysme, siége d'accidents qui rendaient imminentes une rupture, une suppuration, parait avoir une certaine tendance à la guérison. Maintenant cette cessation de battements est-elle un signe certain que la poche ne communique plus avec l'artère? non, car il se peut, qu'au fond de cette énorme poche, il y ait, près de l'artère poplitée, une cavité creusée au milieu des caillots encore mous et qui peut recevoir une certaine quantité de sang. Mais d'autre part, si cette cavité existait, elle aurait augmenté peu à peu de volume, elle aurait révélé sa présence par les signes habituels, et c'est depuis un mois que pulsations et souffle ont disparu.

C'est surtout cette dernière phase qui rend notre malade instructif, car elle est assez rare pour que les auteurs ne donnent pas sur elle d'indications précises. Nous sommes en présence d'une grosse tumeur hématique, située dans le jarret et s'étendant jusque dans les muscles jumeaux et soléaire, tumeur stationnaire, sans tendance actuelle à l'augmentation ou à la diminution. La jambe est fléchie, la réduction est impossible, il y a toujours une douleur continue, mais elle est sourde et supportable.

Nous avons à nous demander ce que sera la sixième phase? Je n'ai pas de faits personnels pour répondre à cette question : les auteurs qui ont indiqué des terminaisons analogues dans les anévrysmes, disent que cet état persiste pendant longtemps, mais qu'il peut se terminer par la guérison. Tout en l'espérant, il est permis de songer aux autres terminaisons possibles : cette masse si souvent enflammée de caillots fibrino-globulaires, peut s'enflammer encore et cette fois suppurer peut-être ; dans ce cas la suppuration sera moins grave qu'un accident pareil dans un anévrysme ordinaire, mais c'est toujours une porte ouverte à l'hémorrhagie, à la septicémie, etc. Il est une autre terminaison à redouter : c'est la persistance de l'état actuel, en un mot, l'incurabilité de la maladie : il n'y aurait qu'un remède à proposer; l'amputation du membre, à moins qu'on abandonne le malade à son infirmité.

En ce moment, nous essayons de favoriser la résorption de cette masse hématique, à l'aide de la compression par un bandage ouaté et d'un traitement général approprié. Encore faut-il dire que la compression ne nous donne pas ici tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, car son application est très-difficile : il y a là un juste milieu dont il ne faut pas se départir. On doit aller lentement, et savoir attendre afin de ne pas provoquer une gangrène, à laquelle la ligature de son artère principale prédispose si fortement le membre inférieur.

PATHOLOGIE INTERNE

COURS COMPLÉMENTAIRE DE LA FACULTÉ. — **M. CORNIL**

Anatomie pathologique du poumon. — Auscultation
Leçons recueillies par P. BUDIN. (1)

3e LEÇON. — TUBERCULOSE PULMONAIRE ; HISTORIQUE (Suite).

Messieurs,

Lebert, dans une seconde manière, toute contraire à ses premiers travaux, a accentué également cette séparation de la tuberculose et de la pneumonie. Il en est de même de Niemeyer et de Buhl qui ont ensuite donné des opinions originales sur lesquelles nous devrons revenir.

L'influence de l'école de Berlin se retrouve dans les travaux qu'elle a inspirés et dans la statistique comparative de la pneumonie caséeuse et de la tuberculose dressée d'après des relevés d'autopsie :

Ainsi Cölberg trouve, sur 100 autopsies : 90 cas de pneumonie caséeuse sans granulations et 10 cas de tubercules.

Slavjansky, sur 139 autopsies, trouve 123 cas de pneumonie caséeuse pure et 16 cas de tuberculose.

Jaccoud qui cite (1) complaisamment ces résultats et qui les appuie de sa statistique anatomo-pathologique personnelle, se base sur ces relevés pour tracer une ligne de démarcation absolue entre la phthisie tuberculeuse et la phthisie pneumonique. Pour Jaccoud, ce n'est plus seulement l'anatomie, mais aussi les symptômes, le diagnostic et le pronostic qui diffèrent essentiellement entre les deux maladies. Suivant lui, la pneumonie caséeuse est curable, la tuberculose jamais. Or, Messieurs, réfléchissez un peu à cette opinion : si d'un côté la phthisie pneumonique est curable, et si d'un autre côté elle est fréquente à ce point qu'il en meurt 90 pour cent, combien de malades atteints de phthisie ne devrait-on pas arracher à la mort? Et, je vous le demande, avez-vous vu guérir un aussi grand nombre de phthisiques que ces statistiques consolantes pourraient vous le faire espérer? J'admets que vous n'ayez pas une grande pratique médicale, mais le nombre des phthisiques est si grand qu'il n'est pas nécessaire d'être un vieux médecin pour en avoir vu beaucoup. Aussi je m'en rapporte à votre jugement. Si du reste vous voulez être édifiés sur les faits que M. Jaccoud donne à l'appui de son opinion sur la curabilité de la phthisie, je vous renvoie aux observations qu'il cite dans son livre. Pour vous le dire en passant, nous croyons, M. Hérard et moi, que les faits de phthisie curable sont ceux dans lesquels le processus est très-limité, qu'il s'agisse de granulations ou de pneumonie, et j'ajouterai qu'il m'a semblé que les cas les plus favorables sont ceux des granulations discrètes entourées par des noyaux de pneumonie interstitielle ardoisée, de telle sorte qu'il serait plus juste de renverser la proposition de Jaccoud.

Mais revenons aux élèves de Virchow et aux statistiques de la phthisie granuleuse comparée à la phthisie pneumonique.

Voici par exemple le relevé de Klebs dont l'autorité est incomparablement plus grande que celle de Cölberg et de Slavjansky ; Klebs, en effet, après avoir été longtemps premier assistant de Virchow, est devenu professeur d'anatomie pathologique à Berne. En négligeant les cas de phthisie granuleuse pure, il analyse 36 cas de pneumonie caséeuse et sur ces 36 cas de pneumonie caséeuse, il n'en trouva que 5 dans lesquels il n'y eu pas de granulations.

Il y a bien loin, comme vous le voyez, de la statistique de Klebs à celle de Cölberg et de Slavjansky, et, pour mieux dire, le rapport de la phthisie pneumonique à la phthisie granuleuse est complétement renversé dans les unes et dans les autres.

A quoi tiennent de si profondes divergences? Est-ce parce que les observateurs ont eu affaire à des cas différents. Croyez-vous que la phthisie ne soit pas toujours la même, qu'on l'étudie à Berlin, en Pologne, en Italie ou en France? Evidemment non.

Cela tient tout simplement à ce que les idées en vogue se reflètent toujours dans l'observation, à ce que les procédés si compliqués d'investigation microscopique s'améliorent ; à ce que les observateurs sont plus ou moins compétents et exercés.

En résumé, voici pourquoi le cadre de la pneumonie caséeuse a été si agrandi qu'on lui a un instant attribué la majeure partie des lésions des phthisiques. C'est en premier

(1) Voir les nos 20, 21 et 22 du *Progrès Médical*.

(1) *Le[illegible] clinique médicale*; 1875.

lieu parce qu'on appelait pneumonie toutes les lésions, de quelque nature qu'elles fussent, qui avaient pour siége la cavité des infundibula et des alvéoles pulmonaires.

En second lieu, c'est qu'un grand nombre d'auteurs ne se doutent pas de l'existence, dans le poumon, des tubercules conglomérés, et qu'en voyant à l'œil nu des masses arrondies, anémiques, présentant une section uniforme et lisse, on croit *a priori* avoir affaire à la pneumonie tuberculeuse qui leur ressemble en effet beaucoup. Ces agglomérations de tubercules rentrent dans l'infiltration granuleuse de M. Thaon.

En troisième lieu c'est parce qu'on ne tient pas compte des lésions inflammatoires de voisinage venues avec les granulations tuberculeuses et liées évidemment à la même cause. Je vous ai montré que l'inflammation qui entoure un vaisseau dans la pie-mère ou dans le poumon, suivant tout son trajet, ou une petite bronche, une péribronchite, était concomittante et adéquate par sa cause avec les granulations. Je vous ai dit aussi que toute tumeur, toute néoplasie était précédée, accompagnée ou suivie d'une néoplasie inflammatoire. Dans la phthisie en particulier, M. Grancher a décrit l'épaississement des cloisons pulmonaires et les granulations dans la pneumonie caséeuse, et M. Thaon a montré comment ces granulations se développaient même dans la pneumonie caséeuse aux dépens de l'exsudat primitivement composé de cellules épithéliales colloïdes. La conclusion du travail de M. Thaon est que sur deux cent cinquante autopsies de phthisiques, il est encore à chercher le premier exemple bien évident de pneumonie caséeuse indépendante de toute granulation. « Toutes les fois, dit-il, que les granulations ne nous sont pas apparues clairement à l'œil nu, nous avons soumis les pièces au contrôle histologique qui nous a fait voir la granulation confondue avec la pneunomie. »

Ces travaux ont confirmé pleinement ce que nous avions avancé, M. Hérard et moi, relativement à la fréquence des granulations, à l'unité de la phthisie pulmonaire et à la subordination des processus pneumoniques à la granulation. Pour bien comprendre l'anatomie pathologique de la tuberculose, nous dirons avec Laennec et toute son école, avec Villemin, Chauveau, avec nos distingués confrères Lépine, Grancher et Thaon, que la phthisie pulmonaire est une, quelles que soient ses manifestations anatomiques. Celles-ci varient avec les causes, inconnues dans leur essence qui font que tel malade aura envahis tous ses organes par une immense quantité de granulations amenant rapidement la mort par elles seules ; tel autre mourra de pneumonie aiguë, souvent suppurée, venue avec des granulations confluentes du poumon.

Dans le cas de phthisie commune, on aura affaire à des poussées successives commençant par le sommet des poumons et gagnant ensuite lorsqu'existent déjà des cavernes au point primitif, le sommet du côté opposé et les parties inférieures. Dans cette marche chronique se font des noyaux de tubercules conglomérés ou isolés de pneumonie caséeuse lobulaire ou lobaire, de pneumonie interstitielle, des cavernes, toutes lésions qui dans leur variété, dans leur mélange sont aussi caractéristiques les unes que les autres de la phthisie considérée comme une unité pathologique. Mais en tenant compte du fait anatomique initial, constant, et le même dans tous les organes de celui qui existe seul dans les cas de phthisie rapidement terminée par la mort, on ne peut refuser la prééminence à la granulation.

Dans la phthisie la plus chronique, qui est tellement lente qu'elle paraît guérie, les lésions sont très-limitées.

Puisque nous faisons l'historique de la phthisie, je vous citerai, à titre de curiosité, les opinions émises par Buhl et Niemeyer sur le mode de production de la pneumonie caséeuse. Pour ces auteurs, la pneumonie caséeuse habituellement consécutive à une inflammation vulgaire, résulte souvent aussi de l'hémoptysie. Dans ce cas, le sang versé dans une bronche redescend dans les dernières divisions bronchiques et dans les infundibula : la fibrine s'y coagule, les éléments du sang et la fibrine deviennent caséeux en se mêlant avec les produits de la pneumonie déterminée par la présence du sang, et il en résulte des masses caséeuses

Eh bien ! Cette opinion n'est pas soutenable en présence de ce fait clinique, que l'hémoptysie, même très-abondante, peut être un accident ne laissant pas de traces après lui, et de ce fait d'expérience que chez le lapin, animal si disposé à toutes les inflammations et à celles en particulier qui revêtent l'aspect caséeux, les hémorrhagies bronchiques artificiellement produites se guérissent sans exciter jamais la moindre pneumonie. C'est là ce qu'ont bien montré Perl et Lippman.

N'avons-nous pas d'ailleurs d'assez bonnes raisons pour expliquer l'hémoptysie au début de la tuberculose par la broncho-pneumonie, par les granulations tuberculeuses des bronches, par les ulcérations bronchiques, par la congestion pulmonaire ? Nous croyons inutile d'insister sur cette réfutation d'une idée ancienne qui nous paraît avoir été rajeunie sans succès : les anciens auteurs en effet admettaient entre leurs nombreuses variétés de phthisie, la *phthisis ab hemoptysiâ*.

Une autre conception des mêmes auteurs est que les granulations tuberculeuses reconnaissent toujours pour cause un noyau caséeux. Elles seraient le résultat d'une infection consécutive au transport par les lymphatiques des produits d'un foyer caséeux. Alors comment expliquer les phthisies granuleuses généralisées lorsqu'il n'y a pas dans le poumon de cavernes ni de pneumonie caséeuse ? On cherche partout, et si l'on trouve un ganglion caséeux, la théorie est triomphante. Mais si l'on n'en rencontre pas, et tel est le cas pour des faits bien disséqués, car ils sont fournis par Buhl lui-même, alors il faut bien renoncer à la théorie. C'est ce que je vous conseille, Messieurs, et il me suffira ponr vous en persuader, de vous rappeler la marche générale des néoplasies.

Lorsqu'un carcinome, un sarcome, un épithéliome s'accroît, il le fait à sa périphérie : les tissus qui l'entourent sont envahis de proche en proche, par une infection de voisinage. On peut s'assurer que les parties périphériques de la tumeur présentent les mêmes caractères que la tumeur primitive à son début. Souvent ces portions jeunes affectent la forme de petits grains isolés qui se généralisent au loin.

Quant à la partie primitive et la plus ancienne de la tumeur, portion qui est centrale, elle devient caséeuse, c'est-à-dire que les éléments s'y infiltrent de granulatons graisseuses et elle s'ulcère ou se ramollit. Mais elle a présenté à son début les mêmes caractères que les portions éloignées les plus récentes. Telle est la marche de toutes les tumeurs. C'est de la plus simple logique que d'accepter la même évolution pour les tubercules et l'observation nous en démontre la réalité. Ainsi, dans la phthisie, les lésions les plus anciennes sont des agglomérats tuberculeux ou de la pneumonie caséeuse ulcérés ou entourés de pneumonie fibreuse interstitielle ; les plus récentes sont des granulations tuberculeuses ou de la broncho-pneumonie tuberculeuse.

Si l'on admettait la théorie de Buhl et Niemeyer, on pourrait supposer qu'un sarcome ou un carcinome devenus caséeux à leur centre détermineraient une généralisation de granulations tuberculeuses. Rien ne serait plus illogique ni plus contraire aux faits. Les néoplasies, au contraire, se généralisent dans la forme et dans la structure de la tumeur primitive. C'est là une loi bien démontrée.

Si les plus récents travaux d'anatomie pathologique tendent à ramener toutes les lésions des poumons des phthisiques à la conception unitaire de Laennec, à plus forte raison en est-il de même des expérimentations par lesquelles on a réussi à inoculer la phthisie à des animaux.

Villemin, qui eut l'honneur de réaliser le premier ces expériences, a vu les mêmes lésions tuberculeuses se produire chez le lapin et le cobaye, à qui il inocula la matière caséeuse de la pneumonie ou des granulations semi-transparentes. Aussi revint-il aussitôt sur ses premières opi-

nions inspirées par l'anatomie et, dans sa dernière publication, il se proclama le défenseur convaincu de l'unité de la phthisie. Après Villemin, beaucoup d'expérimentateurs se mirent à inoculer des tubercules avec un égal succès. Mais d'autres savants, MM. Vulpian, Pidoux et Paul, Wilson Fox, etc., réussirent à déterminer chez le lapin et le cobaye des nodosités caséeuses avec d'autres productions pathologiques que le tubercule, avec des matières en putréfaction et même sous l'influence d'un simple traumatisme. Chez le lapin en effet, tous les noyaux d'inflammation purulente ont une grande tendance à revêtir l'aspect caséeux. C'est pourquoi l'on fit des essais sur d'autres animaux et l'on obtint alors des résultats confirmatifs des travaux de M. Villemin.

M. Chauveau a entrepris, depuis plusieurs années, sur ce sujet, des expériences du plus grand intérêt qui ne sont pas encore publiées *in extenso*. Les expériences de Chauveau faites sur des vaches, des génisses, des chevaux, au nombre de cinquante environ, prouvent que chez ces animaux une seule matière s'inocule en reproduisant la tuberculose, c'est celle de la granulation ou de la pneumonie caséeuse de l'homme. Les autres produits déterminent seulement une inflammation fugace au lieu affecté. Si l'on agit au contraire avec les produits tuberculeux, on obtient au point inoculé une véritable tumeur composée de tubercules siégeant au milieu du tissu inflammatoire et, plus tard, une véritable généralisation de nodules tuberculeux dans les poumons et dans les autres organes.

Se fondant sur ces données et sur la critique bien connue des travaux antérieurs, Lépine conclut que la pneumonie caséeuse et les tubercules, qu'ils soient unis ou séparés, reconnaissent la même cause diathésique. Plusieurs des descriptions histologiques de Chauveau et de Lépine sont néanmoins infirmées, non-seulement par la description que je vous ai donnée, mais par les travaux récents de Thaon et de Grancher, telle est, par exemple, l'assimilation complète, au point de vue de la structure, des granulations tuberculeuses aux ganglions lymphatiques. Virchow et Rindfleisch avaient tenté d'établir cette analogie de la structure des tubercules avec celle des ganglions, analogie qui nous paraît avoir été réfutée avec raison par Thaon.

Un autre résultat des expériences de Chauveau est que la matière des tubercules et de la pneumonie caséeuse de l'homme ingérée par les voies digestives chez la vache, produit la phthisie. On pourrait tout au moins dès à présent, en tenant compte de cette expérience, craindre que les viandes de boucherie provenant des animaux phthisiques, des vaches en particulier, aient la même influence funeste à l'égard des individus de l'espèce humaine qui en font usage.

Les expériences de Villemin et de Chauveau sont extrêmement importantes; et elles établissent bien l'inoculabilité de la phthisie à certaines espèces animales. Mais donnent-elles dès à présent le dernier mot de la science sur cette question? Loin de nous cette pensée. L'inoculabilité et la contagion de la phthisie d'homme à homme sont des problèmes aussi complexes, aussi difficiles qu'importants au point de vue de l'hygiène publique; mais ils sont pour le moment insolubles avec les données dont nous disposons.

(A suivre).

ANATOMIE

Note sur les artères nourricières et sur les vaisseaux capillaires de la moëlle épinière,

Par **H. DURET.**

Les artères nourricières de la moëlle épinière sont de trois ordres: 1° artères médianes qui pénètrent par des sillons médians antérieurs et postérieurs; 2° artères radiculaires, qui accompagnent les racines antérieures et postérieures; 3° artères périphériques qui, après s'être ramifiées à la surface de la pie-mère, envoient des rameaux perforants dans l'intérieur de la moëlle.

I. Les artères médianes antérieures parcourent un trajet assez court. Elles fournissent quelques rameaux collatéraux à la partie la plus interne des cordons antérieurs, et se terminent en pinceau dans la commissure antérieure, et dans les parties voisines de la corne antérieure.

Les artères médianes postérieures ont un trajet beaucoup plus long. Elles fournissent des rameaux collatéraux à la partie interne des cordons postérieurs, aux cordons de Goll. Elles se terminent dans la commissure postérieure.

II. Les artères radiculaires antérieures accompagnent chacun des faisceaux des racines antérieures, et se portent en droite ligne dans la corne antérieure où elles se résolvent en mailles capillaires.

Les artères radiculaires postérieures sont situées les unes au milieu des faisceaux radiculaires, les autres en dedans les autres en dehors de la racine postérieure. Les artères moyennes sont surtout destinées à la corne postérieure et à la substance gélatineuse. Les artères externes passent entre les faisceaux blancs pour se ramifier un peu plus haut jusque dans la partie postérieure et externe de la corne antérieure. Les artères internes, plus importantes, accompagnent constamment cette partie de la racine postérieure que M. Pierret a désignée sous le nom de faisceau radiculaire interne: elles pénètrent avec lui jusque dans la partie postérieure et interne de la corne antérieure: On sait que M. Pierret a indiqué ce faisceau comme étant la plupart du temps le siége du début de la sclérose ataxique; il a aussi cherché à établir que les douleurs dites fulgurantes se rattachent à cette lésion. La présence de vaisseaux abondants dans la région vient apporter un nouveau point d'appui à cette opinion.

III. Les artères périphériques sont nombreuses surtout dans les cordons antéro-latéraux; elles pénètrent dans les travées les plus épaisses de la pie-mère entre les principaux faisceaux nerveux. Les plus externes atteignent la partie externe des cornes antérieures; elles sont en général au nombre de 8 à 10.

A la partie postérieure, il convient de signaler deux groupes d'artérioles constantes qui passent entre les cordons de Goll et le faisceau externe des cordons postérieurs.

Un mot maintenant relativement à la disposition des réseaux capillaires dans la moëlle épinière. — Un réseau à mailles très-fines et quadrangulaires dessine très-exactement la forme de la corne antérieure suivant les régions. Les cellules disparaissent au milieu de ces mailles; c'est à peine si elles peuvent y trouver place. On sait que ce réseau est alimenté, en avant et en dedans, par les artères médianes; en avant, par les artères radiculaires: en dehors, par des artères périphériques; et, en arrière, par des branches des artères radiculaires postérieures.

La *corne postérieure* offre, au niveau de sa substance gélatineuse, un beau réseau capillaire allongé d'avant en arrière. La *commissure blanche* présente un réseau transversal. Les *racines* ont des réseaux capillaires qui s'étendent dans le sens de leurs principaux faisceaux.

Les *capillaires des cordons blancs* forment des réseaux beaucoup plus larges que ceux de la substance grise qui se disposent suivant leur direction.

En résumé, le système des vaisseaux de la moëlle a de grandes analogies avec celui du bulbe rachidien.

CLINIQUE MÉDICALE

Trois observations de rage humaine; réflexions.

Par **L. LANDOUZY,** interne des hôpitaux de Paris.

OBSERVATION II. — *Rage*; — *Incubation de 39 jours*; — *Invasion des symptômes*; — *Malaise général, agitation maniaque*; *dysphagie*; *hydrophobie*; — *Troubles de la sensibilité*; — *Urines*; — *Pouls*; — *Élévation considérable de la température*; — *Mort*; — *Autopsie.*

Le 24 juin 1873 est amené à la consultation du Bureau-Central, Shaumacher, 25 ans, mécanicien, (rue Oberkampf) en

(1) Voir le n° 23 du *Progrès Médical.*

proie, depuis la veille, à un malaise général avec agitation, inquiétudes, étouffements et impossibilité presque absolue d'avaler. M. Th. Anger, frappé de la singulière physionomie du malade (œil hagard, pupilles très-dilatées) fait apporter un verre d'eau : à cette vue, le malade frissonne, sa figure se contracte, un spasme de la gorge survient, la déglutition est impossible et les efforts ne semblent aboutir qu'à l'expuition de crachats blancs, mousseux. M. Dujardin-Baumetz confirme le diagnostic rage porté par M. Anger.

Schaumacher est apporté, sur un brancard, à Beaujon ; le transport se fait sans incident, mais, dès son entrée à l'hôpital (4 h.) le malade est en pr oie à une excitation très-grande. La physionomie est inquiète, les traits sont d'une mobilité excessive, les yeux grand ouverts, les pupilles dilatées ; le malade ne peut rester en place, il semble avoir hâte de quitter sa belle-sœur qu'il renvoie à plusieurs reprises pour qu'elle ne le voie pas mourir !

La parole est brève, rapide et fréquemment coupée par une sputation mousseuse. Le malade semble haletant, il étouffe, il demande à boire, il veut qu'on ne le laisse pas longtemps souffrir.

Sch... se déshabille avec assez de calme, se jette sur son lit (1) (service de M. LECORCHÉ suppléant M. Axenfeld), repose quelques instants dans le décubitus dorsal, puis se met brusquement sur son séant en demandant de l'eau à grands cris « n'ayez pas peur de m'en donner, ajoute-t-il, je n'en boirai pas trop puisque je ne puis avaler. »

Des morceaux de glace sont mis dans la main du malade, qui, après une certaine hésitation, les met dans la bouche sans qu'il en résulte ni spasme, ni sputation.

On apporte un verre d'eau que Sch... saisit brusquement et porte à ses lèvres ; la face devient grimaçante, la tête est rejetée en arrière, expulsion de crachats mousseux ; le malade approche, à deux reprises, le verre de ses lèvres, boit un peu crache aussitôt et frissonne de la tête aux pieds puis se laisse lourdement tomber sur son lit ; la respiration est haletante ; spasme du pharynx, petites convulsions cloniques parcourant tous les membres et ne durant qu'une seconde.

Le malade redevient calme. La peau est fraîche ; le pouls régulier, plein, oscille entre 80 et 92. — L'auscultation du poumon et du cœur ne révèle rien. — La sensibilité à la douleur paraît manifestement retardée.

L'examen de la gorge et de la bouche, fait à plusieurs reprises, ne révèle rien. Sur le corps, pas trace de plaie ni d'ulcération. — Les *urines*, de coloration normale, ne renferment ni sucre ni albumine.

Bientôt, l'agitation recommence, le malade demande qu'on ne le laisse pas mourir; à chaque instant, la parole est coupée par un spasme de la gorge et par la sputation qui devient plus fréquente et plus abondante. Sch... se roule sur son lit, prononce des paroles dont on ne peut saisir le sens, semble en proie à des hallucinations de la vue, et, par deux fois, dans ses mouvements désordonnés, tombe de son lit.

On met la camisole avec les plus grandes difficultés ; Sch... ne veut pas qu'on l'attache ; grand et très-vigoureux il lutte avec une force extraordinaire pour empêcher, dit-il, qu'on ne l'étouffe.

Sch... est fortement maintenu, dans le décubitus dorsal, par les épaules, les cuisses et les jambes ; on veille à ce que la camisole de force n'empêche pas la libre dilatation du thorax. Le malade semble épuisé, la figure est baignée de sueurs ; des crachats blancs, mousseux, sont fréquemment rejetés, mais, avec moins de force.

Traitement : Quart de lavement avec chloral 6 grammes ; — injection sous-cutanée de 0 gr. 03 de chlorhydrate de morphine.

La sensibilité à la douleur est notablement diminuée — Pouls à 100. La respiration devient rapide, bruyante. Ecoulement abondant de salive par chaque commissure (1).

Les membres sont en résolution, les conjonctives sont à peine sensibles ; le malade asphyxie.

4 heures 30 T. R. 42°,0	4 heures 45 T. R. 43°,0
5 — 00 T. R. 43°,0	5 — 00 T. R. 43°,0

Mort une heure après l'entrée à l'hôpital, après 30 jours d'incubation et deux jours d'invasion.

5 h. 30, le cadavre se trouvant dans la même situation qu'au moment de la mort, T. R. 43°, 2. 6 heures. T. R. 43°, 7 heures : T. R. prise à l'amphithéâtre, 42°, 4 ; la rigidité cadavérique est déjà considérable.

Les renseignements fournis par la belle-sœur du malade nous apprennent qu'il vivait avec deux chiens. Il y a un mois, l'un de ces chiens devint méchant, hargneux et semblait toujours vouloir mordre. Sch... résolut de le pendre, et, ce faisant, fut mordu à la main ; il ne fit aucune attention à cette morsure à laquelle personne n'avait attaché d'importance.

Il y a huit jours à peine, Sch... fut mordu par son autre chien qu'il battait. Sch... n'était malade que depuis la veille, le 23, dans la journée, il se plaignit d'un malaise général qu'il ne pouvait expliquer mais qui semblait l'inquiéter plus que de raison. Il ne dormit pas, ne put rien prendre et se décida à venir au Bureau-Central.

AUTOPSIE. — 24 heures après la mort. Le cadavre est celui d'un homme robuste et bien musclé ; rigidité considérable, sugillations violacées des parties déclives. — Au niveau de la partie moyenne de la face interne du tibia droit, la peau présente une cicatrice circulaire du volume d'une pièce de cinquante centimes, cicatrice nacrée ; la peau circonvoisine ne présente rien à noter. Un peu au-dessus du poignet, sur la face postérieure, et sur la face dorsale de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, se voient deux cicatrices allongées, légèrement saillantes, tranchant par leur aspect mat sur la coloration violacée diffuse des téguments. Sur les bords internes de l'auriculaire droit écorchure récente et légère.

Encéphale. Injection des vaisseaux de la pie-mère, injection très-forte surtout à toute la convexité des deux hémisphères. Les sinus donnent une grande quantité de sang très-noir. — Ventricules vides. — Rien à noter à l'œil nu du côté de la *moelle* ou du *bulbe*.

Thorax. — Petites *ecchymoses sous-pleurales* ; dans les lobes inférieurs gros noyaux d'infiltration sanguine ; des fragments de poumons pris dans ces points surnagent. — La *muqueuse des bronches* et de la *trachée*, d'un rouge vif, est recouverte de mucosités peu épaisses spumeuses et rosées. Même aspect de la muqueuse laryngée.

Cœur. Pointillé, ecchymotique sur le péricarde viscéral au niveau du sillon auriculo-ventriculaire postérieur. Les cavités ne renferment aucun caillot.

L'endocarde est d'un rouge assez vif; le sang qu'on recueille à sa surface en raclant les parois ventriculaires est très-fluide, poisseux, en même temps qu'il y a une teinte légèrement groseille, manifestement moins noire que celle du sang provenant des autres viscères.

La *muqueuse de la bouche*, examinée avec grand soin, ne montre ni érosion ni élevure ; la langue est grosse, les follicules de la base volumineux. *L'estomac* contient deux verres d'une bouillie noire ; la muqueuse est violacée et finement injectée dans toute la portion qui correspond au grand cul-de-sac. — Le *foie*, la *rate* et les *reins* congestionnés ont leur volume et leur consistance ordinaires, l'aspect sain. L'examen du rein, fait à l'état frais, montre les cellules des tubuli non-graisseuses, leur noyau apparaît assez nettement au milieu d'un contenu très-finalement granuleux.

M. Lecorché remet, le 25 juin, à M. Davaine : 1° de la salive recueillie au moment de l'asphyxie, 2° du sang provenant du cœur et des sinus craniens. — L'examen microscopique n'aurait donné à M. Davaine que des résultats négatifs. (*A suivre.*)

(1) Les deux malheureux qui, à 8 jours d'intervalle, viennent mourir de la rage dans le même service, sont, croyons-nous, les victimes du même animal. Très-probablement, le chien de Thil aura mordu celui de Schaumacher; le voisinage des deux demeures et la durée d'incubation autorisent et commandent même notre manière de voir.

(1) La salive recueillie au moment ou commençait l'asphyxie est examinée comparativement à la nôtre; aucune différence appréciable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Dans la séance du 6 novembre courant, sur le rapport de M. Riant, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la reconnaissance de cette société comme établissement d'utilité publique.

L'UNION FAIT LA FORCE. — *Consummatum est.* — L'étranger, sur lequel nos germanophiles comptaient pour relever l'enseignement chirurgical, à l'Université de Liége, vient d'être nommé définitivement à une chaire de l'Université d'Inspruk. Telle est la fin de la campagne, entreprise par tous les médecins possédant la fibre patriotique, de cette campagne dans laquelle. et quoi qu'on en ait dit, aucun intérêt particulier n'était en jeu, mais bien la dignité de la Belgique, qui se croit assez de virilité pour marcher d'elle-même dans la voie de tous les progrès, et ce, sans tutelle d'aucune sorte. (*Le Scalpel*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des injections sous-cutanées d'agents stimulants dans les états adynamiques graves.

Lorsqu'un malade, plongé dans un état d'adynamie profonde, est devenu complétement insensible au monde extérieur, le médecin bien souvent croit toutes ses ressources épuisées. Les agents révulsifs employés d'habitude en pareil cas n'ont, en effet, qu'une action très-passagère et par suite inefficace : d'autre part il n'est plus possible d'avoir recours à la médecine interne. Alors on peut tirer grand profit des injections sous-cutanées d'agents stimulants tels que l'éther sulfurique à haute dose ou le camphre (camphre : 50 centigrammes à 1 gramme en solution dans l'huile d'amandes douces).

Dans les états adynamiques graves, on injectera avec une seringue de Pravaz, deux ou trois grammes d'éther sulfurique pur sous la peau.

Le plus souvent le malade ressent, peu après l'injection, une douleur locale très-vive, comparable à celle du marteau de Mayor. L'absorption du médicament ne tardant pas à se produire, l'adynamie se trouve combattue par les effets combinés de ces deux causes, locale et générale.

Cette méthode thérapeutique est fort en vogue dans certaines villes allemandes où sévissent le choléra et le typhus; plusieurs praticiens nous ont assuré en avoir retiré d'excellents résultats.

Récemment nous l'avons employé avec plein succès à la Maternité de Cochin chez une femme atteinte de choléra. M. Bucquoy, ayant bien voulu examiner celle-ci, reconnut tous les signes de la maladie et crut devoir poser un pronostic très-fâcheux. Cette malade, épuisée par les vomissements et en pleine période d'algidité depuis deux jours, était plongée dans un état adynamique profond et ne répondait plus aux questions qui lui étaient adressées. Elle fut tirée de cet état grave par le traitement auquel nous venons de faire allusion et sa guérison est complète aujourd'hui. Ce résultat inattendu nous engage à signaler à l'attention du lecteur une méthode dont l'emploi nous semble aussi simple que rationnel. L. E. D.

Hôpital de la Pitié : M. Gallard.

Enseignement libre. — Clinique médicale.

M. Gallard a repris mardi dernier, son cours de clinique médicale, dans un amphithéâtre trop petit pour ses nombreux auditeurs.

Après avoir, comme M. Béhier dans sa leçon d'ouverture, donné des conseils aux élèves sur l'examen des malades et la rédaction des observations cliniques, le professeur a exposé en quelques mots la méthode qu'il suit dans ses leçons. Pour lui la base de l'enseignement est l'observation, à laquelle il ne faut pas opposer l'expérimentation comme on l'a fait, car l'expérimentation n'est qu'un des éléments de la méthode.

M. Gallard a insisté ensuite sur le devoir qu'il avait de ne pas oublier que l'enseignement de la médecine était un enseignement professionnel. La plus grande partie des jeunes gens quittant Paris pour aller en province exercer une profession qui est leur *gagne-pain*, il faut donc que le maître leur apprenne à laisser de côté tout ce qui n'est pas nécessaire dans la pratique. Il faut que leurs études terminées, chacun d'eux puisse répéter les paroles du philosophe de la Grèce : Παντα συν εμοι φερω, je porte tout avec moi.

M. Gallard a terminé ces quelques considérations, en disant qu'il s'occuperait surtout dans ses conférences des maladies usuelles qui se présenteraient dans ses salles, sans négliger toutefois les cas rares; puis il a abordé l'étude de la dyssenterie, affection dont est atteint le n° 18 de la salle Sainte-Marthe. M. C.

Hôpital de la Charité : M. G. Sée.

M. le professeur Sée, ainsi que nous l'apprend la *Gazette des hôpitaux*, a ouvert son cours à la Charité, le lundi 10 novembre, dans l'amphithéâtre de M. Gosselin, devant un public de médecins et d'élèves dont un grand nombre ont dû se contenter d'écouter dans les couloirs. Cette année il se propose, ajoute la *Gazette*, de passer en revue les affections du système nerveux et surtout de l'axe cérébro-spinal. Il a déjà commencé lundi l'étude de l'ataxie locomotrice.

Cette maladie, au dire de M. Sée, et toujours d'après la *Gazette des hôpitaux*, n'aurait guère été étudiée jusqu'ici que par des physiologistes et des anatomo-pathologistes; aussi la maladie n'a-t-elle été reconnue que couverte du triste vêtement de l'incurabilité. Seul, le *clinicien, doublé du praticien de la ville*, comme l'est M. Sée, peut assister à toutes les phases de l'évolution de la maladie, et même la surprendre dès l'état embryonnaire, — et *curable* sans doute. C'est pourquoi M. Sée se propose de joindre aux travaux de ses prédécesseurs le fruit de sa *double expérience de clinicien et de praticien de la ville*.

Une pareille étude, ajoute la *Gazette*, ne peut manquer d'offrir le plus grand intérêt, intérêt tout à la fois scientifique et pratique, et elle exprime le regret que l'amphithéâtre de la Charité ne contienne pas plus de places. Devant de si importantes révélations, on ne peut que s'associer à ces regrets.

Nous ne saurions dire si la *Gazette des hôpitaux* a rendu exactement la pensée du professeur de la Charité. Mais on nous semble avoir écrit cet entrefilet sous le coup d'un enthousiasme quelque peu exubérant, et nous n'avons pu, après l'avoir lu, nous empêcher de songer à la moralité d'une des fables du bon Lafontaine : « Mieux vaut... etc. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. HAYEM. Je désire faire une communication qui pourrait être intitulée : *Contribution à l'étude de la pachyméningite externe.* Déjà, pour ma thèse d'agrégation, j'avais recherché des cas de pachyméningite externe, et M. Charpy, interne distingué de Lyon, m'avait fourni quelques faits des plus probants; malheureusement l'examen microscopique n'avait pu être pratiqué. Depuis, j'ai pu observer deux cas qui, bien qu'appartenant à la pathologie non plus humaine, mais animale, n'en présentent pas moins un très-grand intérêt.

Il s'agit de deux lapins : chez l'un, j'avais arraché le nerf sciatique, chez l'autre j'avais pratiqué une résection du même nerf. Au bout de peu de temps, les lapins moururent avec des symptômes de parésie, de contracture ; incurvation de la colonne vertébrale, puis paralysie généralisée avec conservation et peut-être exagération de la sensibilité. A l'autopsie je constatai des nappes sanguines étendues entre le canal rachidien

et la dure-mère. En outre on pouvait reconnaître l'existence d'une néo-membrane qui, adhérente en certains points, flottait en d'autres au milieu du liquide. Le microscope démontrait, dans cette néo-membrane, l'existence de vaisseaux nombreux développés au milieu d'un tissu embryonnaire. Ces vaisseaux au niveau des points adhérents, se continuaient directement avec ceux de la dure-mère. — De ce qui précède, on peut conclure que la néo-membrane de la pachyméningite externe ne diffère pas de celle de la pachyméningite interne, si ce n'est en ce que, dans les cas de pachyméningite externe, le tissu est plus embryonnaire et paraît provenir de l'accroissement des bourgeons normaux qui existent à la surface de la dure mère.

Cette manière de voir, me paraît devoir être confirmée par une observation qui vient d'être faite à l'hôpital Lariboisière et qui sera publiée : chez un malade mort avec une paraplégie complète on a trouvé sur la surface interne de la dure-mère, un tissu sarcomateux entourant les nerfs qui sortent du crâne et des foyers hémorrhagiques.

M. CORNIL. Je viens communiquer à la société les résultats des recherches que j'ai faites sur l'état des canaux biliaires et sanguins dans la cirrhose.

Le réseau extra-lobulaire des canaux biliaires est seul parfaitement connu ; le réseau intra-lobulaire présente encore quelques inconnues, surtout chez l'homme où l'examen ne pouvant être pratiqué que 24 heures après la mort, ne porte souvent que sur des organes profondément altérés. Cependant on a vu, sur les côtés des cellules hépatiques une espèce d'encoche qui, affrontée à une encoche semblable de la cellule voisine, forme un canalicule biliaire, étroit, d'un diamètre de 1 à 2 m. de m. m. Ce canalicule est-il tapissé par un épithélium ? Certains auteurs décrivent un simple cuticule, non isolable, adhérant aux cellules hépatiques. D'autres parlent de cellules que révèlerait le nitrate d'argent et qui seraient analogues, quoique plus allongées, aux cellules cubiques des canaux extra-lobulaires.

Que deviennent ces canalicules dans les altérations de la cirrhose ? Il y a déjà trois ans que j'ai publié les lésions observées au microscope, dans un cas d'atrophie jaune aigüe du foie. La presque totalité des cellules hépathiques avait disparue, et l'on voyait du pourtour du réseau extra-lobulaire partir des canaux qui s'anastomosant les uns avec les autres, formaient un réseau tenant lieu et place des cellules détruites. Dans la cirrhose très-avancée, lorsque le tissu conjonctif de formation nouvelle a fait disparaître le parenchyme de la glande, le microscope révèle un aspect analogue à celui que je décrivais alors. Les lobules sont atrophiés et des canaux extra-lobulaires se détachent des canaux qui se réunissent et s'abouchent à de nouveaux cauaux. Ceux-ci ont du reste une structure identique à celle des conduits extra-lobulaires ; comme eux ils ont une membrane limitante recouverte de cellules cubiques, peut-être un peu plus allongées et pavimenteuses dans les plus fins ramuscules du réseau.

Quelle est l'origine de ce réseau? Est-il dû au bourgeonnement des canaux extra-lobulaires : ou bien est-ce un réseau préexistant devenu visible par suite de la destruction des cellules ? Nous pencherions plutôt vers cette dernière hypothèse tout en déclarant téméraire une affirmation absolue dans un sens ou dans l'autre. — Dans la prochaine séance, j'exposerai l'état des vaisseaux sanguins dans la cirrhose.

Dans cette même séance, la société a procédé au vote pour la nomination d'un membre adjoint. M. Héuocque a été élu par 18 voix sur 29 votants, M. Malassez a obtenu 8 voix et M. Javal 3. P. RECLUS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

Une grande partie de la séance a été employée au vote pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

M. BOULEY en son nom et en celui de M. Raynal, explique que retenus à Alfort par un concours, ils n'ont pu assister à la réunion de la Commission chargée de dresser la liste de présentation.

La Commission propose cinq candidats dans l'ordre suivant : 1° M Gouhaux, 2° M. Sanson, 3° M. Baillet, 4° M. Leblanc, 5° M. Trasbot.

Premier scrutin : Votants 76, majorité 39. M. Gouhaux, 31 voix; M. Sanson, 13; M. Baillet, 1; M. Leblanc, 30; Bulletin blanc, 1. — *Deuxième scrutin* : Votants 77, majorité 39. M. Gouhaux, 36; M. Leblanc, 38; M. Sanson, 2; bulletin blanc, 1. — *Troisième scrutin* : Votants 75, majorité, 38. M. Gouhaux, 38; M. Leblanc, 37; En conséquence et à la majorité d'une voix, M. Gouhaux est élu membre de l'académie.

M. LABOULBÈNE donne lecture d'un travail sur le *sable intestinal*. L'auteur a recueilli dans son service six observations de personnes qui, se nourrissant presque exclusivement de matières végétales, rendaient avec les matières fécales, une poussière brunâtre, fine et grenue qu'on ne peut confondre ni avec la gravelle biliaire, ni avec les cristaux ammoniaco-magnésiens que rendent quelquefois les typhiques, ni avec les concrétions fécales qu'on trouve dans l'appendice vermiforme. L'analyse chimique faite par Réveil d'abord, plus tard par M. Méhu, a prouvé que ce sable intestinal contenait toujours une quantité assez notable de silice. Venu du dehors dans les conditions l'alimentation que nous avons dites, le sable intestinal produit des gastralgies, de la constipation et occasionne des troubles nerveux qui peuvent amener l'hystérie et les convulsions. Dès que la maladie sera reconnue, on en aura bien vite raison en administrant d'abord quelques purgatifs modérés, et surtout en substituant à la nourriture végétale, une alimentation azotée.

M. COLIN fait observer que des faits analogues se voient souvent chez les animaux et notamment sur le cheval. Il n'est pas rare de trouver dans le colon de cet animal une assez grande quantité de sable, qui mélangé à des phosphates ammoniaco-magnésiens, tapisse l'intestin et s'oppose ainsi au libre passage des matières fécales.

M. ARMAND MOREAU donne lecture de son rapport sur les travaux présentés pour le prix Amussat. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 octobre.—PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Tubercule de la protubérance n'ayant donné lieu pendant la vie à aucun symptôme appréciable, par BLAIN, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. ARCHAMBAULT, à l'hôpital des Enfants malades. L'enfant dont il est question était une petite fille de trois ans et demi, entrée avec des symptômes de scrofule superficielle, impétigo et écrouelles. Elle eut un jour un vomissement, puis devint un peu somnolente, prit de la dyspnée et mourut sans avoir présenté jamais ni paralysie, ni convulsions, ni strabisme.

AUTOPSIE. — Elle démontra l'existence d'un épanchement de sérosité louche sous-arachnoïdienne, sans granulations tuberculeuses sur les méninges. Il existait de plus quelques tubercules au sommet des poumons, et des ganglions bronchiques caséeux.

Mais en ouvrant la protubérance, on tomba sur une altération tout-à-fait inattendue. Effectivement, une tumeur jaunâtre, caséeuse, bien circonscrite, du volume d'une petite noisette, occupait le centre de cet organe, exactement sur la ligne médiane. Les fibres antérieures et latérales de la protubérance paraissaient dissociées plutôt que détruites, et il en résultait un bombement tout particulier du pont de Varole. La tumeur empiétait légèrement en bas sur la région bulbaire proprement dite.

M. RENDU. — On pourrait rassembler plusieurs faits de ce genre, où des tumeurs de la protubérance n'ont été accompagnées d'aucune espèce de symptôme. J'ai eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant qui n'avait jamais eu d'accidents cérébraux ni paralytiques, et qui était atteint de tuberculisation pulmonaire : je trouvai en sectionnant la protubérance, un tubercule caséeux médian du volume d'une lentille, entouré d'une zône de tissu nerveux très-congestionné.

M. LACOMBE. — J'ajouterai aux deux observations précédentes un fait dont j'ai été témoin, et dont la lésion, également tuberculeuse et restée latente, siégeait au niveau de la partie supérieure du bulbe.

Sciatique symptomatique, dûe à la compression du plexus sacré par une tumeur cancéreuse, par M. DEBOVE, interne des hôpitaux.

M. DEBOVE. La pièce que je présente a été recueillie dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière. La malade avait été affectée de cancer atrophique du sein droit: plus tard le sein gauche s'était pris à son tour, et la peau s'était infiltrée de petits nodules cancéreux. Alors se développa une névralgie-sciatique très-intense. La pression au niveau de la cuisse et sur la partie postérieure de la fesse était fort douloureuse, ainsi que les pincements, même superficiels, mais la sensibilité tactile et thermique était au contraire obtuse. On crut pendant la vie à l'existence d'une compression douloureuse de la moelle consécutive à l'infiltration de la colonne vertébrale par le cancer.

A l'autopsie, on trouva du cancer généralisé au sein, à la plèvre, au poumon, au diaphragme, sur le foie et dans les vertèbres: mais cette dernière lésion se présentait par ilots disséminés et n'avait amené aucune déformation susceptible de comprimer la moëlle. La sciatique était dûe à une tumeur qui partait de la face antérieure et du bord latéral gauche du sacrum. et qui englobait dans son tissu les origines du plexus sacré.

M. CHARCOT. Ce n'est pas le mode habituel de la compression du nerf sciatique en cette région. Ordinairement il se fait un tassement des vertèbres, dont les trous de conjugaison se rapprochent en se rétrécissant.

Ce sont eux qui deviennent les agents immédiats de la compression. Ici, la colonne du sacrum avait gardé sa consistance normale, mais il s'était fait un bourgeonnement de tissu cancéreux qui englobait directement le nerf et le comprimait en diminuant l'échancrure sciatique.

— Voici les autres communications qui ont été faites dans la même séance: *Orchite suppurée avec élimination spontanée du testicule pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde*, par V. Hanot; — *Phthisie pulmonaire; péritonite tuberculeuse; coagulations veineuses multiples*, par Davat; — *Grossesse; diarrhée* et tuméfaction de la rate; anémie; accouchement avant terme d'un enfant mort-né; œdème douloureux de la grande lèvre et de la cuisse du côté droit: *inflammation purulente des vaisseaux lympathiques de la région crurale et des ganglions*, par Cornil; — *Hémimélie*, par Blain; — *Mal vertébral; compression de la moelle par un abcès caséeux; pachyméningite externe; sclérose de la moelle*, par Troisier; — *Méningite cérébro-spinale*, par le même; — *Mal de Pott, fistule broncho-rachidienne; expectoration de fragments osseux pendant la vie*, par Chénieux; — *Occlusion intestinale due à une tumeur épithéliale développée au niveau des cicatrices laissées par une ancienne dyssenterie*, par Isnard; — *Synovite tuberculeuse des tendons des doigts de la main*, par M. Lancereaux; — *Cancer colloïde primitif du péritoine*, par Cornil et A. Robin.

MALADIES DES FEMMES.

I. A. COURTY. **Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes.** Deuxième édition. Paris 1872. P. Asselin, éditeur.

II. GAILLARD THOMAS. **Lehrbuch der Frauen Krankheiten.** (**Traité des maladies des femmes**), traduit en allemand par M. JAQUET. Berlin 1873.

III. FLEETWOOD CHURCHILL. **Traité pratique des maladies des femmes,** traduit de l'anglais par WIELAND et DUBRISAY. Deuxième édition, par LE BLOND. Paris 1873. J. B. Baillière, éditeur.

IV. **Genèse et étiologie des hémorrhagies utérines,** par GEORGES BOUGON, Delahaye, libraire-éditeur, 1873.

V. **Des déviations utérines considérées comme obstacles à la fécondation,** par PIQUANTIN. Delahaye, éditeur 1873.

I. Depuis quelques années, nous avons vu paraître à des époques rapprochées plusieurs traités de gynécologie ayant une importance considérable; le succès qu'ils ont obtenu et l'accueil que leur a fait le public médical s'expliquent facilement lorsque l'on songe aux besoins énormes auxquels ils répondent. Quel est, en effet, le médecin praticien duquel on ne soit en droit d'exiger aujourd'hui des connaissances très-sérieuses sur ces points les plus saillants de la pathologie utérine? Et cependant l'enseignement de la Faculté dédaigne complétement cette « spécialité »; il n'existe point de services de clinique consacrés aux affections de la matrice; l'école de Paris n'a point de professeur de gynécologie. D'autre part, nous n'avons point en France de Société Savante consacrant exclusivement ses travaux à l'obstétrique et à la pathologie de l'utérus; les recueils périodiques ayant trait à ces spécialités n'ont encore pris ni la vogue, ni l'importance que mérite le sujet.

Les choses étant ainsi, on comprendra pourquoi le traité de M. Courty et la traduction de M. Churchill sont arrivés si rapidement à la seconde édition; c'est dans ces livres que le médecin praticien complète chaque jour les notions insuffisantes que lui a données l'enseignement universitaire. Sous ce rapport, le Traité pratique des maladies de l'utérus du gynécologiste de Montpellier a rendu et rend encore des services signalés; on a répété souvent que cet ouvrage n'était qu'une compilation. A notre avis, ce reproche est le meilleur éloge que l'on puisse faire du livre. Une compilation, faite par un praticien aussi expérimenté que M. Courty, devait forcément être exempte de tous les vices dont sont entachés d'habitude ces sortes de travaux, et l'on ne saurait trop féliciter son auteur de nous avoir initié non-seulement à sa pratique personnelle, mais encore d'avoir employé sa vaste érudition à nous présenter un traité *complet* de gynécologie.

II. Les Allemands, qui s'occupent tant de la pathologie utérine, n'ont point de livre comparable à celui de M. Courty. Pour essayer sans doute de combler ce désidératum, M. *Jaquet* (de Berlin) vient de traduire en allemand le traité du docteur Gaillard Thomas (de New-York) sur les maladies des femmes.

Ce manuel se distingue par sa concision et l'esprit éminemment pratique avec lequel la plupart des questions ont été envisagées.

L'auteur a concentré surtout son attention sur les affections que le médecin est appelé à rencontrer le plus souvent. Aussi certains chapitres consacrés à des maladies plus rares sont-ils très-écourtés.

Les altérations fonctionnelles de l'utérus sont traitées de main de maître par le docteur Gaillard Thomas et l'on ne saurait trop recommander à l'attention du lecteur les lignes consacrées à la dysménorrhée, la ménorrhagie. la métrorrhagie, l'aménorrhée, la stérilité et la leucorrhée. Signalons enfin tout particulièrement les chapitres traitant du diagnostic des affections utérines et de l'exploration physique, de l'amputation de la portion vaginale du col et de l'ovariotomie.

III. Déjà en 1865, MM. Wieland et Dubrisay avaient mis à la portée du public médical français le remarquable livre de M. Fleetwood Churchill (de Dublin). Cette traduction de l'anglais, aussi exacte qu'élégante, complétée par des annotations consciencieuses, fut vivement appréciée; il vient d'en paraître une seconde édition revue et augmentée par le docteur Leblond. Nous n'avons point à analyser ici le traité des maladies utérines de Churchill; tout le monde le connait. Il nous suffira d'indiquer brièvement les principales modifications apportées à la première édition. Certains chapitres sont dus entièrement à la plume de M. Le Blond; ils ont trait aux métrorrhagies, à la métrite, aux ulcérations du col, aux végétations de la vulve, à l'allongement œdémateux du col, à la manie des femmes enceintes et aux métrorrhagies puerpérales.

Ces chapitres sont un résumé exact et complet de l'état actuel de la science sur ces diverses questions; l'auteur s'est inspiré de toutes les publications ayant paru récemment sur ces divers points de gynécologie, mais il a surtout mis largement à contribution les leçons cliniques de M. Gallard. — Parue dans de telles conditions, la deuxième édition du *Traité pratique des maladies des femmes* de Churchill constitue un ouvrage précieux, auquel nous pouvons hardiment prédire le plus vif et légitime succès.

IV. L'auteur divise les hémorrhagies utérines en 3 classes:

Première classe: Hémorrhagies interstitielles (ecchymoses, apoplexies observées dans le tissu utérin).

Deuxième classe : Hémorrhagies se produisant à la surface externe de la matrice (hématocèle périutérine ou kystes sanguins intra-abdominaux).

Troisième classe : Hémorrhagies utérines proprement dites, c'est-à-dire se produisant à la surface interne de l'utérus. — M. Bougon restreint sa thèse inaugurale à l'étude des causes de cette dernière variété de métrorrhagies. Il les envisage en dehors de l'état puerpéral et pendant la grossesse. Pour les premières, il admet des causes prédisposantes générales ou locales, déterminantes locales, (traumatismes, affections utérines), déterminantes générales (dyscrasies). — Quant à l'étiologie des hémorrhagies utérines pendant la grossesse, M. Bougon passe successivement en revue diverses maladies de la mère, les affections de l'utérus agissant tantôt comme causes prédisposantes, tantôt comme causes déterminantes.

Il nous est impossible de le suivre dans cette longue énumération ; aussi renverrons-nous le lecteur à l'ouvrage même, en signalant à son attention un certain nombre d'observations importantes annexées à ce travail.

V. On pourrait résumer cette thèse par la phrase suivante de Pajot, citée par l'auteur, à plusieurs reprises : « Les déviations de l'utérus constituent des difficultés pour la fécondation, aucune n'entraîne l'impossibilité absolue. » M. Piquantin insiste en outre et avec raison sur ce fait que les flexions utérines constituent une cause de stérilité plus puissante que les inclinaisons. Selon lui, la femme atteinte de déviation utérine serait vis-à-vis de l'homme normalement constituée, dans la même situation que celle où se trouve un homme affecté d'hypospadias ou d'épispadias, par rapport à une femme bien conformée. En d'autres termes, le sperme étant éjaculé soit dans les culs-de-sac vaginaux, soit dans une portion du vagin plus ou moins éloignée du col, ce liquide ne peut pénétrer que difficilement dans l'orifice cervical. Deux observations inédites de Pajot terminent ce travail d'une façon très-originale.

L. E. DUPUY.

REVUE CHIRURGICALE

Fracture du crâne. — Dilacérations superficielles des circonvolutions des deux hémisphères cérébraux. — Remarquables mouvements gyratoires du bras gauche. — Élévation de température. (Service de M. HULTE, à Middlessex hospital.)

Les blessures de la tête affectant le cerveau sont toujours intéressantes, et cela non moins pour le physiologiste que pour le chirurgien. Le cas suivant offre deux faits dignes d'être notés : un singulier mouvement gyratoire du membre supérieur du côté opposé à celui où les circonvolutions cérébrales étaient le plus profondément et le plus largement déchirées ; et une remarquable élévation de température, qui fut attribuée à l'inflammation cérébrale, dont cependant, après la mort, on ne trouva pas de traces. Les lésions du cerveau plus grandes du coté opposé à la fracture et à la plaie du cuir chevelu sont aussi dignes d'être notées.

Un ouvrier, puissant et très-musclé, âgé de 30 ans, fut trouvé sans connaissance dans un passage le 1er février 1873 à 11 h. 45 du soir, et bientôt après fut transporté à l'hôpital. Il était complétement insensible ; du sang coulait par l'oreille gauche ; et, un peu en arrière et à gauche du vertex, il existait une plaie du cuir chevelu longue de un pouce. On le nettoya proprement, et un sac de glace fût placé sur sa tête.

2 février. — Nuit sans repos ; pas de connaissance. Le pouls et la température sont élevés. — T. Calomel et follicules de sené ; six sangsues derrière l'oreille gauche.

3 février. — 1 h. du soir. Le membre supérieur droit étendu, rigide, repose parallèlement au tronc ; le pouce est fléchi dans la paume de la main et les doigts sont pliés. — Au membre supérieur gauche, les doigts et le pouce sont pliés dans la paume de la main ; l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras et rigide. Quand on le touche, quand on tâte le pouls, le bras exécute un mouvement circulaire rapide et répété, obliquement par rapport au tronc (quelque chose comme quand on tourne une roue). Ce mouvement est répété environ 20 fois, il devient de moins en moins rapide et puissant en prenant fin, puis le bras reste tranquille et rigide jusqu'à ce qu'on le touche de nouveau. Vers la 10e fois, il se produit aussi un opisthotonas marqué. Pouls presque insensible, à 144 ; gémissements de temps en temps ; la purgation n'a pas agi ; la température augmente, Douze sangsues derrière les oreilles. A 9 h. 45 du soir, respiration laborieuse, légèrement stertoreuse. Saignée du bras de 10 onces, après laquelle la respiration devient plus facile. R. Huile de croton. — A 11 h. du soir : température 103, 9 (29°, 9 centig.) respiration plus tranquille.

4 février. — 9 h. du matin. Pouls 108 ; température 103°, 5 F, (39°, 7), respiration, 62.

3 h. 30 du soir. T. 104, 4 (40° 2).
5 h. 30 id. T. 104, 2 (40° 1).
7 h. 30 id. T. 105, 1 (40° 6).
9 h. 30 id. T. 105, 7 (40° 8).
11 h du soir. Mort.

L'huile de crotou n'avait pas produit de selle.

La glace avait été continuellement appliquée, excepté pendant un court intervalle, durant lequel le pouls était très-faible.

Autopsie le lendemain. On trouva sous la plaie extérieure, une large *fracture du crâne* en étoile. Elle s'irradiait à travers les portions squammeuse et pierreuse du temporal, traversait le tympan, se terminant dans ou très-près du trou déchiré postérieur de la base du crâne. La dure-mère n'était pas déchirée ; un gros caillot, provenant apparemment de quelque branche de l'artère méningée moyenne, la séparait de la face interne du crâne. Au-dessous, les circonvolutions de la face supérieure et externe du lobe moyen de l'hémisphère cérébral gauche étaient déchirées largement mais superficiellement, et la surface du cerveau était aplatie par la pression du caillot situé en dehors de la dure-mère et aussi par une hémorrhagie dans la pie-mère. La surface externe du lobe cérébral moyen doit être plutot plus largement déchirée que du coté gauche, et les déchirures étaient aussi plus profondes. Les mailles de la pie-mère étaient là aussi distendues par des caillots. La base du cerveau et les corps striés n'offraient pas trace de déchirures et autour des dilacérations il n'y avait aucune apparence d'inflammation. (*Medical Times and Gazette*, 27 sept. 1873.)

L.

Traitement des taches érectiles par l'huile de croton.

Plusieurs médecins, entre autres M. Lafargue (de St-Emilion) ont employé l'huile de croton tiglium dans le traitement des tumeurs érectiles ; nous trouvons dans la *Presse médicale belge* (n° 48, 1873) une observation de M. de Smet qui vient à l'appui de ce moyen thérapeutique.

X..., âgé de cinq ans, présente au-dessous de la paupière inférieure droite, une tache érectile peu étendue et entourée d'une zone, large de 15 à 18 millimètres, dans laquelle existent de nombreux petits vaisseaux superficiels. La tache et la zone réunies dépassent un peu les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le centre est légèrement saillant. Après divers essais infructueux (vaccination, instillations répétées de perchlorure de fer), M. de Smet eut recours à l'huile de croton tiglium. Il décrit ainsi le mode d'application :

« Nous avons enfoncé dans un bouchon de liège une quinzaine d'aiguilles à coudre dont les pointes faisaient en dehors une saillie d'environ 2 millimètres. Ces pointes étaient disposées de manière à représenter le mieux possible la forme de la tache et la direction de ses principaux vaisseaux. Cela étant disposé, nous avons trempé notre bouchon ainsi armé dans l'huile de croton, puis, l'appliquant bien exactement sur la tache, nous avons brusquement enfoncé dans la peau les pointes de nos aiguilles. Momentanément douloureuse, cette inoculation ne laisse après elle qu'une légère sensation de chaleur, de piqûre. Un peu d'ouate est le seul pansement auquel nous avons eu recours. »

Le lendemain gonflement des parties, légère vésication, pas de douleur. Le 2e jour, croûte entourée de petites vésicules, disparition de quelques-uns des vaisseaux ; oblitération de quelques autres par des caillots ; application d'huile de croton avec un pinceau, qui est renouvelée trois jours plus tard. La tache a disparu complétement ; les vaisseaux sont oblitérés ; non-seulement il ne reste aucune trace du nœvus, mais de plus il n'y a pas de cicatrice.

Les taches érectiles se voient fréquemment et il est fort probable que nous ne tarderons pas à enregistrer de nouveaux faits. Il est à désirer aussi que les insuccès soient publiés, s'il s'en produit.

BIBLIOGRAPHIE

De l'anémie partielle produite artificiellement dans les opérations, (Ueber künstliche Blutleere bei Operationen, par F. ESMARCH).

Un article de Billroth, reproduit dans le N° 18 du *Progrès*

(1) *Sammlung klinischer Vortræge*, publié par VOLKMANN. N° 58. Leipsick, 1873.

médical, a déjà fait connaître à nos lecteurs la méthode d'Esmarch avec son manuel opératoire et les principaux avantages qu'elle présente. Le malade à propos duquel Esmarch exposa sa méthode avait une nécrose très-étendue des deux tibias ; ce chirurgien a pu lui faire subir une double séquestrotomie, le professeur opérant un des membres pendant que son chef de clinique opérait parallèlement de l'autre côté. La quantité de sang qui s'est écoulée pendant l'opération ne dépassait pas la valeur d'une cuillerée à café ; le cours de la circulation n'a été rétabli dans les jambes que lorsque le premier appareil de pansement eût été posé; la convalescence a été si rapide que le malade a pu quitter l'hôpital sur sa demande le 21e jour après l'opération.

Esmarch ajoute, du reste, que toutes les opérations ne comportent pas une perte de sang aussi minime. Dans les amputations, par exemple, et toutes les opérations qui intéressent un grand nombre de vaisseaux, il faut rétablir le cours du sang dès qu'on a lié les artères qui se reconnaissent facilement; on évite ainsi les hémorrhagies consécutives en liant alors les artères plus petites, visibles dès que le sang y arrive avec une pression considérable, mais on perd forcément ainsi une certaine quantité de sang.

Cette méthode offre donc de grands avantages pour le malade en permettant de tenter des opérations dans le cas où l'état général du malade, déjà anémié, empêchait jusqu'alors toute intervention chirurgicale. De plus elle est précieuse pour le chirurgien qui peut opérer ainsi sans aides et sans être aveuglé ou ému par le sang qui inonde la plaie, et fait la plus grande difficulté de bien des opérations.

Une rapide esquisse historique montre que, depuis longtemps, on cherche à diminuer dans les opérations la perte de sang soit par les différents procédés de compression artérielle, soit par la rapidité de l'opération. Depuis plusieurs années Esmarch cherchait à refouler le sang du membre à opérer, en l'entourant d'une bande de toile roulée et fortement serrée ; plus tard il eut l'idé de lui substituer une bande élastique et arriva ainsi au procédé actuellement en usage.

Outre les applications signalées par Billroth, Esmarch a encore employé son procédé pour les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme. Dans ces cas il néglige généralement la petite quantité de sang contenue dans ces organes avant l'opération, et se contente d'en empêcher l'afflux en entourant la base de la verge ou du scrotum d'un ou deux tours d'un mince tube de caoutchouc. Jusqu'ici Esmarch a obtenu au point de vue des suites des opérations d'excellents résultats. R.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Charité. Clinique médicale. — M. Brouardel, suppléant de M. le professeur Bouillaud, a commencé son cours le jeudi 20 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera le samedi et le mardi, à la même heure.

Hôpital de la charité. M. Gosselin. Salle Sainte-Vierge (H) : 14, panaris sous-cutané ; phlegmon suppuré de la paume de la main ; gangrène du doigt ; — 29, anévrysme de l'artère poplitée ; — 21, luxation du coude en arrière et en dedans de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras ; fracture de l'apophyse coronoïde? — 26, 27, 30 fistules anales.

M. Trélat. Sainte-Rose (F) : 17 métrite ; — 18, lipomes multiples ; métrite interne ; — 20, tumeur de l'éminence hypothénar. — Salle Saint-Jean (H) : 12 compression du nerf radial par un cal.

M. Bourdon. Saint-Basile (F) : Ataxie locomotrice typique. — Saint-Louis (H) : 1, fièvre typhoïde ; — 10, ictère? — 13, goutte.

M. Pidoux suppléé par M. Cornil. Saint-Vincent (H) : 2, cirrhose ; — 3, rhumatisme polyarticulaire concordant avec une suppression de blennorhagie ; — 9, névropathie cérébro-cardiaque ; — 12, myélite ascendante ; — 23, diagnostic à faire.

Hôpital de la Pitié. M. Verneuil. — Clinique les lundis, mercredis et vendredis, salle des femmes n° 17. Paralysie des muscles de l'épaule, consécutive à une luxation de l'épaule ; — 36, tumeur du maxillaire inférieur. — Salle des hommes, 13. Hernie inguinale congénitale énorme, avec hydropisie du sac ; — 21. Lésion traumatique ancienne de l'œil droit. Ophtalmie sympathique gauche. La Blepharoraphie sera faite la semaine prochaine. 55, Luxation sous-astragalienne ancienne. La résection de l'astragale est fixée pour la même époque.

M. Desnos. — Salles de femmes : 12, cirrhose ; — Pneumonie caséeuse, 34. Phlegmon des ligaments larges. — Salle des hommes : 11. Insuffisance aortique ; — 15. Pneumonie caséeuse. N° 20, insuffisance mitrale.

M. Marrotte. — Salle des femmes (Rosaire) : 25, Phlegmon des ligaments larges. — Salle des hommes : 12, insuffisance mitrale. 16, carcinome du foie avec dépôt secondaire dans les poumons. 28. Pneumonie du sommet ; — Pneumothorax.

M. Gallard a repris ses cours le mardi, 18 novembre 1873. Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre n° 3. — Jeudi, examen au spéculum et consultation pour les maladies de femmes, à la salle Sainte-Geneviève. Interrogations par les élèves,

Hôpital Beaujon. — *Chirurgie.* — M. Dolbeau. Hommes : — 3, abcès profond de la fesse ; — 4, pleurésie purulente consécutive à un coup de feu : empyème en voie de guérison ; — 7, plaie pénétrante de poitrine ; — 21, énorme lympho-sarcome du cou ; opération : en voie de guérison ; — 26, rétrécissement cicatriciel du rectum, abcès du voisinage ; — 30, prostatite tuberculeuse ; — 42, ulcère phagédénique du gland et du flanc droit ; — 44, calcul vésical, lithotritie ; — 50, gangrène du scrotum et de la peau de la verge ; — 53, épithélioma du méat urinaire. — Femmes : 7, kyste de l'ovaire avec péritonite partielle ; — 21, fistule intestinale ; — 30, ulcère tuberculeux du voile du palais.

Médecine. — M. Fernet. — Hommes : 4, atrophie musculaire progressive ; — 8, pneumonie chronique ; dilatation bronchique ; — 22, rétrécissement et insuffisance aortique ; nephrite albumineuse ; 26, maladie de Bright alcoolique. — Femmes : 2, érythème noueux ; — 5, ictère : hypertrophie énorme du foie ; — 14, hydarthrose rhumatismale suppurée du genou : ponction avec l'aspirateur ; 19, ataxie.

Hôpital Lariboisière — Service de M. Jaccoud. Saint-Jérôme (Hommes) : N° 2, Maladie de Bright ; — n° 4, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite mitrale ; insuffisance aortique ; — n° 8, insuffisance et sténose aortique ; — n° 19, cirhose et affection cardiaque ; — n° 33, carcinome du pancréas ?

Sainte-Claire (femmes) : N° 2, sciatique syphilitique ; — n° 4, rhumatisme articulaire aigu ; endocardite, pleurésie diaphragmatique ? — n° 13, polyurie ; — n° 21, endocardite typhoïde ; — n° 31, névralgie faciale.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hardy. — Salle Saint-Jean. N° 10, papillome de la cuisse ; — 11, ulcération des jambes de nature scrofuleuse ; — 14, chancre de la lèvre ; — 23, syphilide ulcéreuse serpigineuse ; — 47, scrofulide verruqueuse de la main ; — 49, lichen hypertrophique ; — 51, teigne pelade ; — 62, syphilide pustulo-crustacée de la face.

M. Vidal. — Salle Saint-Thomas : n° 1, gomme ulcérée de la clavicule ; — 5, impétigo syphilitique ; — 7, rupia syphilitique ; — 15, laryngite syphilitique. — Salle Saint-Louis. — 22, psoriasis ; — 25, gomme du voile du palais et hémiplégie syphilitique ; — 34, molluscum généralisé ; — 50, lichen hypertrophique.

M. Cruveilhier. — Salle Sainte-Marthe : 15, fongus du testicule : — 26, fracture compliquée de l'humérus. Femmes : 37. grossesse avec tumeur abdominale ; — 40, périostite du fémur ; — 43, carcinome utérin chez une femme de 23 ans, — 55, grenouillette. Salle St-Augustin : 8, luxation de l'extrémité externe de la clavicule. — Réduction par le tourniquet de J. L. Petit.

M. Péan. — Salle Sainte-Marthe : 56, chancre induré du sein ; — 62, Tumeur abdominale ; — 63, phlegmon iliaque ; — 69, kyste ovarique. Salle Saint-Augustin : 28, résection du poignet ; — 50, résection du coude.

— M le docteur Péan continuera, à l'hopital Saint-Louis, tous les samedis matin à neuf heures, de faire des conférences cliniques, et de pratiquer des opérations chirurgicales sur les malades de son service.

Hôpital Cochin. Service de M. Bucquoy. Saint-Jean (hommes) : N° 1, Meningite tuberculeuse ; — nos 3, 4, et 8, fièvre typhoide ; — n° 5, bronchopneumonie ; — nos 11 et 15, rhumatisme articulaire aigu ; — n° 18, ostéomalacie ; — n° 19, meningo myélite ; — n° 20, pachymeningite cervicale ; — n° 21, cirrhose hypertrophique ; — n° 23, mal de Pott cervical.

Saint-Philippe (femmes) : n° 1, fièvre typhoide ; — n° 4, péritonite tuberculeuse ; n° 5, ulcère simple de l'estomac ; — n° 6, contracture hystérique ; — n° 10, obstruction intestinale ; — n° 11, pleurésie diaphragmatique ; — n° 20, dilatation de la crosse aortique.

Sainte-Marie (femmes) : n° 1, péritonite chronique ; — n° 2, pleurésie ; — n° 3, ictère chronique ; — n° 4, pharyngite ulcéreuse syphilitique ; — n° 8, phlegmon du ligament large ; — n° 9, angine et laryngite diphtéritique.

Service de M. Després. — Bar. I : Nos 42, Hernie diaphragmatique ; — 43, tumeur lacrymale traitée par la dilatation (sondes de Bowmau), récidive traitée par la cautérisation du sac ; — 45, arthrite sous astragalienne ; — 2, Testicule tuberculeux. — Bar. 2 : 14, fistule persistante de la bourse séreuse ischiatique : opération ; — 27, plaie par écrasement du gros orteil ; — 35, Contusion du rachis : contracture des membres inférieurs. — Bar. 3 : 8, coxalgie au début ; — 18, cancroide de la lèvre et du maxillaire inférieur.

Salle Cochin. — 26, fracture comminutive de l'avant bras (cause directe) ; phlegmon diffus. — Saint Jacques (femmes). — 5, hernie crurale étranglée : opérée ; — 9, sarcomes vasculaires du périoste des os du crâne et de la clavicule ; fracture spontanée de cet os ; — 25, fistule vésico-vaginale (opérée.)

Hôtel-Dieu. — Service de M. Fauvel. — Salle Saint-Julien ; n° 3, pneumonie à résolution lente ; — n° 8, ictère par obstruction (calculs bi-

liaires); — n° 25, abcès de la région lombaire (mal de Pott? abcès périnéphrique?) ponction capillaire.

M. Frémy. Saint-Lazare (H) : n° 5 *bis*, polyurie ; diabète insipide ; n° 12, cirrhose du foie ; — Sainte-Martine (F) : n° 16, ataxie locomotrice ; n° 6, chorée. — Saint-Raphaël (nourrices) ; n° 1, insuffisance mitrale.

M. Richet. — Salle Saint-Charles : n° 14, phlegmon périnéphrique ; — n° 15, fracture de la base du crâne ; — n° 22. Cancer du rectum chez une femme ; — n° 22, épithélioma du col de l'utérus ; — n° 23, tumeur adénoïde du sein droit.

M. Cusco. — Saint-Jean ; n° 3, luxation du cristallin ; — n° 8, gomme ulcérée de la fesse ; — n° 21, rétinite albuminurique ; — n°s 17 *bis* et 30, atrophie papillaire ; — n°s 28 et 32, cancer du sein (*Hommes*) : n° 29, luxation ancienne de la hanche ; — n° 39, fracture de cuisse ; appareil platré du docteur Cusco.

Saint-Paul : (*femmes*) : n° 8, cancer du sein ; fracture du fémur ; généralisation du cancer (?) ; — n° 10, éventration. — Spéculum le samedi.

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — M. le docteur Onimus commencera son cours le mardi 25 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'école pratique, mardi et samedi. Il traitera dans les premières leçons, des *applications de l'électricité à la chirurgie*.

Maladies des yeux. M. Meyer commencera son cours, lundi 24 à 1 heure à sa clinique (rue de l'Ancienne Comédie, 21. Entrée, cour du commerce, n° 3) et le continuera les vendredis et lundis suivant à la même heure. Leçons sur la réfraction et l'accomodation. Examen clinique des malades. Opérations.

Maladies des yeux. M. le Dr Piéchaud. Clinique et opérations tous les jours, à 1 heure, au dispensaire, 29, rue de Seine. Examen des malades par les étudiants.

Maladies des yeux. — M. le Dr Galezowski a commencé un cours public sur les maladies des yeux, le mardi 18 novembre, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continue les samedis et mardis suivants à la même heure.

Maladies des yeux. — M. le Dr Wecker a repris ses conférences cliniques mercredi 19 novembre, à deux heures, 55, rue du Cherche-Midi, et les continue les samedis et mercredis suivants. Mercredi, opérations ; samedi, exercices opthalmoscopiques.

Chirurgie. — M. Gilet de Grandmont a recommencé ses conférences cliniques sur les affections chirurgicales le mercredi 29 octobre, à neuf heures et demie, 20, rue Rossini ; et les continuera les vendredi, lundi et mercredi suivants, à la même heure.

Maladies des femmes. M. le docteur Bernutz a commencé le mercredi 19 novembre ses leçons de clinique, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre n° 2, et les continuera tous les mercredis à 9 heures. Spéculum le samedi, salles Saint-Ferdinand (H) et Saint-Joseph (F).

Le choléra à Caen.

Dans l'extrait de notre correspondance de Caen, relative au choléra, (n° 21) il s'est glissé quelques petites erreurs de chiffres. La mortalité de 20 en moyenne par jour ne s'applique qu'à la semaine dont nous citons le chiffre total 119, quelques lignes plus loin.

Pendant les trois dernières semaines, on a compté, à Caen, 811 morts, dont 366 du choléra. De ce nombre, 100 environ sont décédés à l'Hôtel-Dieu. La mortalité ordinaire de cette ville est, en moyenne, de 95 par mois. Elle a donc doublé, à peu près, pendant l'épidémie.

Mortalité a Paris. — Pendant la semaine finissant le 14 novembre on a constaté 763 décès, savoir : Variole, 0 décès ; — rougeole, 5 ; — scarlatine 1 ; — fièvre typhoïde 22 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë 28 ; — pneumonie 47 ; — dyssentérie, 1 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 6 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 2 ; — angine couenneuse 10 ; — croup, 14 ; — affections puerpérales 2 : — affections aïgues, 265 ; — affections chroniques, 298 ; — dont 159 dus à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 35 : — causes accidentelles, 21.

Londres. — Décès du 2 au 8 novembre : 1832. — Variole, 1 ; — rougeole, 116 ; — scarlatine, 17 ; — fièvre typhoïde, 26 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite, 386 ; — pneumonie, 128 : — dyssenterie, 1 ; — diarrhée, 18 ; — choléra nostras, 0 ; — diphthérie, 7 ; — croup, 16 ; coqueluche, 49.

Choléra. *Autriche*. 9 cas du 5 au 12 novembre, 3 décès. — Dans les faubourgs il y a eu la semaine passée 14 cas de choléra.

Italie. — Ce matin, vendredi 7 novembre, écrit le *Diritto*, le choléra s'est déclaré à Rome avec une gravité inattendue.

En peu d'instants, douze soldats en ont été attaqués dans une caserne. Les caractères de la maladie ont d'abord été constatés par les médecins militaires, et plus tard par les médecins du municipe. » — D'autre part, la *Gazette d'Italie* du 9 signale 11 cas de choléra en deux jours. — *La Salute* du 9 novembre rapporte qu'il y a eu à *Gênes* du 2 au 8 novembre 19 cas de choléra (8 hommes, 11 femmes).

Padoue. Dans le 72e de ligne, dit la *Gazetta medica italiania venete* (15 nov.) il s'est produit 21 cas de choléra ; 8 se sont terminés par la mort. Le régiment fut transporté dans un autre quartier de la ville ; néanmoins, la maladie persista. On décida alors à l'envoyer dans un cloître situé à quelques distances de la ville. Grâce à cette précaution, la maladie a disparu.

Faculté de médecine. — M. Gavarret, a commencé son cours de physique biologique, lundi dernier, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de l'Ecole. Tous les lundis.

Hopital civil de Versailles. — Un concours pour une place d'interne, sera ouvert très-prochainement.

— Un concours, sera ouvert le 23 février, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour deux emplois de chef de service, vacants à la dite école et à l'Ecole vétérinaire de Toulouse. Pour les renseignements, s'adresser au Ministère de l'Agriculture et du Commerce, 1er bureau, rue Saint-Dominique, 60.

Collége de France. — La chaire d'embryogénie comparée est déclarée vacante. Les candidats sont avertis qu'ils ont un mois pour produire leurs titres.

Ecole de Pharmacie de Paris. — Par arrêté en date du 12 novembre 1873, M. Chatin, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie, est nommé Directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Bussy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire.

— MM. Bussy et Chevalier, professeurs à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leurs cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir : M. Bussy, par M. Riche, agrégé près ladite Ecole ; M. Chevallier, par M. Bourgoin, agrégé près ladite Ecole.

Vacances médicales. — Clientèle au centre de Paris, à vendre. rue Turbigo, de 2 à 4 heures.

— A céder à des conditions avantageuses, à un docteur en médecine, une clientèle, dans une commune de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne). — Rapport 6 à 7,000 fr. — S'adresser à Paris chez M. Dublin, place Vendome, 17.

— Clientèle aux environs de Paris. Produit net, 5,500 fr. Augmentation certaine. S'adresser, pour les renseignements, à M. Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Clientèle dans un quartier populeux de Paris, à céder à un prix très-modéré. 2,000 fr. de fixe et 8,200 fr. de clientèle. S'adresser au *concierge* de la Faculté.

— A céder, dans une petite ville située à 30 kilomètres de Paris, sur une ligne de chemin de fer. Produit, 5,000 fr. S'adresser à Madame Roussière, rue des Carmes, 23, à Paris, de 2 heures à 5 heures.

— On demande un docteur en médecine à Crespy-en-Valois (Oise). S'adresser à M. le Dr Bourgeois, à Fallembray (Aisne).

Concours. *Externat*. La seconde série d'épreuves (pathologie) a commencé lundi dernier. Voici les deux premières questions : *Epistaxis* ; — *vaccination*.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 25 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 29 NOVEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................... 16 fr.
Six mois................ 8 »

JOURNAL DE MEDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
Paraissant le Samedi
Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES. 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — **M. le professeur VERNEUIL.**

Des plaies produites par les balles de revolver.

(Leçon recueillie par LEMAISTRE, interne du service).

Messieurs,

Un homme âgé de 36 ans est entré samedi dans mon service à la Pitié, salle Saint-Louis. — Il venait de se tirer un coup de revolver dans la région précordiale. Ce blessé, très-agité, très-excité, venait à pied. Il ne paraissait pas avoir de troubles de la respiration, ni de la circulation. Aussi, à première vue, nous avons pensé que nous n'avions pas affaire à une plaie pénétrante de la poitrine.

Lorsque le malade a été couché, nous avons examiné la blessure qui était située un peu au-dessus du mamelon gauche, à peu près au niveau de la base du cœur. — La plaie était toute petite ; le revolver ayant un calibre de 7 millimètres seulement.Par cette ouverture, il sortait une très petite quantité de sang. La palpation de la région ne permit pas de sentir la balle. — A l'auscultation, les bruits du cœur étaient normaux. Les organes respiratoires étaient sains. Le malade n'avait, d'ailleurs, pas craché de sang.

Qu'y avait-il à faire, Messieurs? Avant tout il fallait se garder d'explorer la plaie et de faire des tentatives soit pour retrouver la balle, soit pour l'extraire. En effet je vous ai prouvé par de nombreux exemples, tirés tant de ma pratique civile que de ma pratique hospitalière, que les projectiles de petit calibre, tels que les balles et surtout les balles de revolvers ne produisaient jamais ou presque jamais d'accidents par le fait même de leur présence dans l'épaisseur des tissus. Les projectiles peuvent causer de grands dégâts dans leur course, mais dès qu'ils sont arrêtés dans les tissus on peut presque les considérer comme inoffensifs.

Je ne vous rappellerai qu'un exemple : celui d'un jeune homme qui reçut, en jouant avec des amis, un coup de revolver dans l'hypochondre droit. La balle avait traversé le foie, comme le prouva l'ictère qui survint quelques jours plus tard, traversa aussi d'autres organes, puis vint se placer sous la peau de l'hypochondre gauche en donnant lieu à une vaste bosse sanguine. Je fis l'occlusion de la plaie en me gardant bien de faire aucune manœuvre pour chercher la balle ou pour l'extraire. Aussi tout se passa bien et le malade guérit même très-rapidement.

L'innocuité du séjour des balles dans les tissus étant admise, on voit que les explorations seraient tout au moins inutiles. Mais, Messieurs, elles sont dangereuses. Car toujours on produit des dégâts en recherchant le projectile, et souvent on a pu se repentir d'avoir introduit des instruments dans la plaie. En outre, le plus souvent, cette exploration est infructueuse et ne permet pas de reconnaitre la place du projectile. D'ailleurs la balle étant reconnue il n'est souvent pas facile de l'extraire par son trou d'entrée. Si elle s'est aplatie sur les os, il est absolument nécessaire de faire des débridements ou une contre-ouverture, ce qui n'est pas toujours sans danger à ce moment-là.

Nous ne voulons pas cependant être trop exclusif et dire qu'il ne faut jamais enlever le corps étranger. Il faut l'extraire seulement dans les cas où cela est très-facile, seulement dans les cas où on le trouve par la palpation et surtout quand il est éloigné de son trou d'entrée et placé sous la peau.

Ainsi, Messieurs, chez notre blessé nous ne nous occuperons pas du projectile. On va faire le pansement que j'ordonne dans ces occasions : un pansement par occlusion, et cette blessure se comportera comme celles dont je vous ai déjà parlé. En très-peu de temps la plaie se cicatrisera ; et la région ne sera le siége d'un peu d'empâtement que pendant quelques jours. C'est alors que l'on pourra sentir la balle sous la peau si elle est superficielle, et l'extraire sans danger. Si, au contraire, elle est profonde, on ne s'en occupera pas et le blessé vivra sans gêne comme tant d'autres qui portent depuis longtemps de plus gros projectiles.

CLINIQUE MEDICALE

Hémorrhagie et ramollissement lacunaire de la protubérance,

par **M. GUILLAUME**.

Mathiot (Félix), 44 ans, est entré dans le service de la clinique de la Faculté de Nancy, salle Saint-Roch, n° 15, le 19 décembre 1872.

Cet homme, un peu alcoolique, est tombé, il y a trois ans, d'un échafaudage assez élevé, et s'est, dit-il, cassé la hanche gauche. Le membre gauche est en effet raccourci ; il y a claudication depuis cette chûte. Il y a cinq ou six mois, Mathiot a eu un chancre à la racine de la verge, et, il y a quatre mois, il est entré à la Maison de Secours pour une éruption papu-

leuse [illegible] huent [illegible] de huit jours, il a quitté cet établissement [illegible] il avait également à cette époque des ulcérati[illegible] de la gor[illegible]

Il y a une dizaine d[illegible] M... a ressenti un peu plus de difficulté à marcher ; il trébuchait facilement, éprouvait des démangeaisons et des engourdissements dans les doigts. Enfin il est tombé, il y a trois jours, dans une sorte d'attaque.

20 décembre. — *État actuel.* — Aujourd'hui, le malade offre une éruption papuleuse répandue sur toute la peau ; on remarque une légère ulcération à la face interne des joues ; la gorge n'offre qu'une rougeur intense. On ne distingue que difficilement les traces du chancre, entièrement cicatrisé. Il y a aussi, près du frein de la verge, une petite érosion, mais qui ne semble pas avoir de caractère infectant. La parole est très-embarbouillée. On comprend difficilement.

Les deux yeux se meuvent avec facilité. Les muscles du côté droit du visage, du bras droit, de la jambe droite, sont presque entièrement paralysés. La sensibilité est considérablement diminuée ; la sensibilité réflexe persiste. La température dans l'aisselle paralysée est de 37°,8, dans l'aisselle gauche de 37°,2 — *Traitement* : 3 pil. de bichlorure de mercure.

22 [illegible]cembre. — On remplace les pilules par des *injections hypodermiques [illegible]uminate de mercure* (formule Staub) ; 1 centigramme par jour en deux injections. Ces injections sont faites alternativement sur la région scapulaire postérieure et sur la région fessière gauche.

Nous constatons qu'après 4 à 6 injections à la même région, le tissu cellulaire sous-cutané s'empâte légèrement dans une certaine étendue. Le malade accuse une douleur continue, assez intense dans le lieu des injections. — 1 cuillerée de solution morphinée pour la nuit. — Dès le 31, on peut constater que l'exanthème a notablement pâli, et que sa desquamation est à peu près terminée.

7 janvier. — Suspension des injections. Le malade a ainsi absorbé par cette méthode 15 cen[illegible]mmes de sublimé. Le traitement est suspendu, non qu'il y ait eu des indices de saturation commencement de salivation), mais en considératio[illegible] des réclamations du patient.

En même temps que l'exanthème disparaissait ou du moins pâlissait, les symptômes d'hémiplégie s'effacent peu à peu. Les mouvements sont plus étendus ; la parole est devenue assez nette. Ces jours passés, M... s'est levé plusieurs heures par jour.

Dans l'après-midi d'aujourd'hui, 7 janvier, jour de la suppression du traitement, le malade éprouve un frisson qui dure deux ou trois heures, accompagné d'anorexie, de céphalalgie, de conceptions délirantes. A quatre heures, la peau est chaude, encore un peu horripilée. Le thermomètre marque 39°,8. le pouls 118. L'appareil respiratoire n'indique aucun désordre. — Le tracé sphygmographique est celui du pouls fébrile ample, à sommet aigu, fréquent, franchement dicrote.

8 janvier. — La n[illegible]t a é[illegible]é assez bonne ; pas de conceptions délirantes ; mais la température est [illegible]jours élevée, et le tracé du pouls très dicrote. — Nouvel examen de la respi[illegible]ion : c[illegible]le est rude dans toute l'étendue et des deux côtés ; du reste, résultat négatif.

10 janvier. — L'auscultation fait reconnaître au sommet droit, dans les fosses sous et sus-épineuses, des râles crépitants et du souffle. La percussion donne de la matité à ce niveau. Pas de crachats. Toux rare. — Digitale, 1 gramme. Mêmes signes le 11 et le 12.

13 janvier. — Suppression de la digitale. Ce soir, souffle persistant, râles de retour. La défervescence est complète.

1[illegible] janvier. — Malgré cette pneumonie intercurrente, le côté droit reprend de plus en plus sa force : la main droite serre encore un peu moins fort que la gauche.

15, 16, 17 janvier. — L'état de l'appareil respiratoire s'améliore de plus en plus. L'état général est bon, depuis la défervescence accomplie le 13, septième jour de l'affection.

18 janvier. — Ce matin, la parole s'embarrasse tout d'un coup. Il semble y avoir un peu de strabisme externe du côté droit. Du reste, pas de symptômes d'hémiplégie.

Soir. — Mutisme presque complet ; le malade marmotte à peine quelques mots. Somnolence d'où on le tire en l'interrogeant ; l'intelligence paraît nette, mais lente. Strabisme externe de l'œil droit ; tête déviée à droite et reprenant cette position, chaque fois qu'on la détourne, si on l'abandonne à elle-même. Les deux conjonctives sont injectées, surtout la conjonctive droite.

19 janvier, matin. — Facies hébété ; paupières fermées, bouche entr'ouverte. Les traits semblent un peu tirés du côté droit : la paralysie faciale est prédominante à gauche. Intelligence libre. L'œil droit est injecté ; léger catarrhe conjonctival, surtout vers l'angle interne. Le malade n'ouvre la bouche que dans une étendue de quelques centimètres, avale cependant assez facilement. Aphasie presque complète ; serre beaucoup plus de la main droite que de la main gauche ; élève cette main-ci moins haut que l'autre et la tient beaucoup moins longtemps levée ; ferme très difficilement la main gauche, plus facilement la main droite. Sensibilité moindre à gauche. Ploie beaucoup plus facilement la jambe droite que la gauche. Mouvements réflexes et sensibilité conservés. Selles et urines volontair[illegible]s. Pouls très-lent, polycrote.

20 janvier. — Urines involontaires, odeur de souris très-accentuée. Déglutition embarrassée. Sensibilité diminuée du côté droit de la face, abolie du côté gauche. Aphasie complète. L'intelligence semble intacte. — 5 sangsues derrière l'oreille droite.

Soir. — Tremblements intermittents assez violents de tout le corps. Les sangsues ont beaucoup coulé. Les mouvements volontaires sont un peu plus énergiques ; le malade agite son bras droit avec une certaine ostentation pour nous le faire comprendre. Cependant la *déglutition* est toujours difficile.

21 janvier. — Stupeur ; comprend lentement. Déviation de la tête à droite. Strabisme droit persistant. Paupières à demi-fermées, cependant M... les ouvre volontairement. Le côté gauche de la face est le plus paralysé. La moitié droite de la bouche est entr'ouverte. La sensibilité de la face à gauche existe encore, mais elle est moindre. Sensibilité de la muqueuse nasale conservée. — Paralysie des membres gauches ; sensibilité conservée. Selles et urines involontaires. Déglutition difficile. Sensibilité gustative conservée. Quand il avale, il tousse.

Soir. — Ce soir, la respiration se prend. La bouche est tout à fait déviée à droite. Strabisme droit externe. Contraction des muscles du front, affaissement des ailes du nez. Respiration stertoreuse, accélérée. A l'auscultation : Râles muqueux dans toute l'étendue ; souffle et râles sous-crépitants encore perceptibles dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Déglutition de plus en plus difficile. Légère contracture des deux bras, peu sensible au bras gauche, qui est presque inerte. Sensibilité de l'œil gauche à la lumière : contraction de la pupille. En soulevant le malade pour l'ausculter, on constate qu'une fois équilibrée dans la position assise, la tête se tourne complétement à droite et demeure dans cette position. — Persistance du tremblement général.

22 janvier. — Il semble encore que l'intelligence est conservée. On lui montre deux doigts, en lui demandant combien il y en a ; au bout de quelques minutes, il montre deux doigts de la main droite. — *Soir.* — Respiration stertoreuse et précipitée ; râle trachéal. Cyanose complète. Mort à sept heures et demie.

Si on examine attentivement la série des faits exposés ci-dessus, depuis le 18 janvier, on arrive tout d'abord à reconnaître que, suivant les plus grandes probabilités, on se trouve en face d'une *tumeur cérébrale*.

En effet : 1° l'état diathésique du malade, (syphilis invétérée) ; 2° l'invasion des symptômes de paralysie et d'anesthésie quoique rapide, mais plus lente cependant que dans les hémorrhagies puisqu'ils ont mis douze heures au moins pour s'accentuer, viennent à l'appui de cette hypothèse.

Si maintenant on cherche à préciser le siége de cette tumeur, on peut s'appuyer sur un certain nombre de faits saillants et constants qui sont : 1° Aphasie ; — 2° strabisme externe droit, — 3° déviation de la tête à droite, convulsions cloniques (tremblement généralisé) ; — 4° paralysie complète de la face à gauche ; — 5° paralysie des membres gauches ; — 6° les réflexes des principaux arcs sensitivo-moteurs : optique et oculo-moteur commun (côté gauche) ; optique et facial ; trijumeau et facial (en partie seulement) ; trijumeau avec pneumo-gastrique et spinal ; ces réflexes subsistent encore. — Raisonnons chacun de ces phénomènes.

1° *Aphasie.* — L'intelligence subsiste : l'idéation se fait, les couches corticales du cerveau sont donc indemnes. D'autre part, les réflexes, qui nécessitent l'intégrité des noyaux bulbaires de Stilling, semblent se faire avec facilité ; l'appareil qui préside au langage articulé est donc intact aussi. Par conséquent, l'aphasie reconnait pour cause une lésion de l'appareil de transmission (appareil opto-strié, pédoncules cérébraux, protubérance).

2° *Strabisme externe droit.* — L'oculo-moteur commun droit est donc paralysé. La lésion l'atteint-elle dans son trajet périphérique ou dans ses fibres centrales? Le réflexe avec l'optique droit n'a pu être constaté : la pupille ne nous a pas paru se contracter sensiblement par l'effet de la lumière. Il semble donc que le nerf de la troisième paire se trouve atteint dans son noyau ou dans son trajet périphérique. Cette supposition va se trouver confirmée par la suite.

Ainsi, on voit tout d'abord qu'une lésion capable de détruire la transmission des couches corticales (idéation) au bulbe (phonation) et de paralyser en même temps l'oculo-moteur commun dans son noyau ou son trajet périphérique, devra être située sur le noyau ou depuis ce noyau, sur le trajet du nerf jusqu'à son émergence du pédoncule cérébral droit. — Il est donc probable qu'elle envahit le noyau de la 3e paire, le pédoncule à sa naissance, et une portion plus ou moins grande de la protubérance elle-même.

3° La lésion de la protubérance rend compte en effet de la troisième série de phénomènes : déviation de la tête à droite; tremblements convulsifs.

4° et 5° La paralysie faciale gauche, celle des membres gauches se conçoit aisément par la destruction, au point supposé, des fibres centrales du nerf facial gauche et des nerfs rachidiens gauches avant leur décussation dans la protubérance ou le bulbe.

6° On s'explique également la persistance des réflexes entre les nerfs crâniens, puisque tous leurs noyaux, sauf peut-être celui de l'oculo-moteur commun droit, ne sont pas atteints.

En résumé, selon les conjectures les plus fondées, la lésion est située à la partie supérieure droite de la face antérieure de la protubérance, et elle est probablement constituée par une tumeur qui déborde aussi sur le pédoncule cérébral, de façon à atteindre l'oculo-moteur commun droit avant son émergence. (*A suivre*).

Trois observations de rage humaine; réflexions.

Par **L. LANDOUZY**, interne des hôpitaux de Paris (1).

OBSERVATION III. — *Rage : début des accidents 40 jours après la morsure. — Inquiétude; malaise général. — Agitation. — Bave — Hallucinations de la vue. — Spasme laryngé. — Température. — Mort trois jours après l'invasion. — Autopsie.*

La fille Devos Sophie, 31 ans, chiffonnière, est admise à Beaujon le 7 juillet 1873, cinq heures du soir, (service de M. Matice suppléé par M. DUJARDIN-BEAUMETZ) sur une réquisition du Commissaire de police de Levallois, le médecin de la commune ayant déclaré la malade atteinte de fièvre rabique. Au dire des voisins qui amènent Devos à l'hôpital, cette fille aurait été mordue, il y a 40 jours, au poignet droit, par son chien âgé de cinq mois. D'après la chiffonnière, le chien n'aurait jamais été mordu; toujours est-il, qu'il est mort subitement dans des convulsions.

Depuis trois jours, D... est souffrante, elle est inquiète, se plaint de mal à la gorge, à l'estomac et à la tête; elle peut à peine boire ou manger, ne peut rester en place et a passé toute la nuit dernière à errer autour de sa maison. La malade est calme mais a l'air inquiet; le regard est triste, étonné. La parole est rapide, brève, les réponses sont nettes.

D... demande qu'on la soulage, elle souffre martyre depuis trois jours, elle ne peut goûter ni repos ni sommeil, et pourtant elle tombe de fatigue; elle ne peut avaler et pourtant elle a faim; elle a grand soif. La malade se couche, et, tout en se déshabillant, manifeste une certaine inquiétude; constamment, elle regarde autour d'elle avec méfiance et répète qu'elle n'est pas malade, mais seulement souffrante pour avoir enduré trop de privations. La parole est entrecoupée, par moment la respiration semble suspendue.

Avec une très-grande animation, la malade nous raconte que, sans le siége qui l'a beaucoup fait pâtir, elle ne serait pas malade aujourd'hui, car ils sont faux les bruits qui courent sur elle. N'a-t-on pas dit qu'elle avait été mordue par un chien enragé ? Ce ne sont là, ajoute-t-elle, que calomnies! Il faut, pour achever cette phrase, que la malade s'y reprenne en plusieurs fois; la parole est interrompue par un spasme pendant lequel la poitrine semble soulevée en inspiration forcée; la bouche entr'ouverte, les commissures labiales tirées en bas et en dehors, donnent à la physionomie un air de terreur et de profonde angoisse. D... n'accuse d'autre souffrance qu'un malaise général avec douleurs entre les deux seins et au cou où elle porte constamment la main.

La malade est toujours en mouvement sans pouvoir trouver un décubitus convenable; elle se tourne et retourne comme pour échapper aux regards, il semble qu'elle voudrait que nous ne vissions pas la maladie dont elle sait la cause, dont elle présage toute la gravité. Sauf cette agitation incessante, cette inquiétude et une respiration saccadée, rien de particulier à noter.

Le pouls, régulier, est à 80. La température, à la main, paraît normale; température rectale 39°. — Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. — Rien à noter du côté des membres si ce n'est, à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras droit, une cicatrice brune, circulaire qui a l'air assez récente. L'examen, même rapide, de cette tache semble être très-pénible pour la malade.

Aucune anesthésie, ni hyperesthésie de la peau. Questionnée à maintes reprises, D... dit ne souffrir dans aucun des membres. Les pupilles sont égales et fort dilatées. D... ne crache pas, mais, à chaque instant, s'essuie avec la main les lèvres mouillées par de la salive mousseuse.

La malade prend de la glace et l'avale sans difficulté, elle mange du pain avec plaisir. De l'eau présentée dans un verre fait grimacer D... qui ne veut même pas essayer de boire, la vue du verre détermine un spasme de la gorge, un frissonnement général en même temps qu'une véritable suffocation en tout semblable à celle qui nous prend quand nous sommes *saisis* par une douche.

Rapidement, la malade se calme et avale sans difficulté du bouillon, puis, après quelques hésitations, boit du vin. D... semble tranquillisée par cette épreuve; bientôt l'inquiétude et l'agitation recommencent avec respiration difficile, spasmes et douleurs aux régions cervicale et précordiale. Lavement avec chloral 6 gram, eau 120 gram.

Malgré la soif et l'appétit accusés par la malade, les solides et les liquides, quels qu'ils soient, sont refusés. D... semble autant redouter la difficulté et la douleur de la déglutition qu'elle semble suspecter les aliments qui lui sont présentés; à plusieurs reprises, elle laisse entendre qu'on veut tenter des expériences sur elle et qu'on cherche à la faire mourir.

Très-fréquemment, la malade s'essuie et les narines qui laissent couler un mucus blanc, aéré, abondant et les lèvres qui se couvrent de salive mousseuse. P. 80; T. R. 39°,2.

La nuit se passe avec des alternatives de calme et d'agitation; constamment la malade se couvre et se découvre dans son lit se plaignant de frissonner ou d'avoir trop chaud. Le bruit, les allées et venues, la lumière, les objets brillants semblent impressionner désagréablement D..., l'agiter et provoquer des spasmes respiratoires en même temps qu'un frissonnement général.

Urines abondantes; les acides nitrique, et picrique pas plus que la chaleur. ne donnent d'albumine; la liqueur de Bareswill donne un léger précipité brun. Salivation abondante sans sputation. — La nuit se passe sans autres incidents.

Le 8 au matin, même état avec plus d'anxiété, plus d'agitation : le fait seul de proposer à la malade de boire détermine des spasmes qui vont jusqu'à l'apnée. — Les urines de nouveau essayées, aussitôt leur émission, par la liqueur de Bareswill donnent un précipité brun.

Au moment de la visite, l'inquiétude et l'agitation deviennent plus intenses. D... répond sainement aux questions qui lui sont faites; à chaque instant, elle est prise d'un spasme avec frissonnement pendant lequel la poitrine est soulevée en inspiration forcée.

(1) Voir les nos 23 et 24 du *Progrès Médical.*

La malade fixe avec obstination quelques-unes des personnes du service qu'elle croit reconnaître et prononce des paroles dont on ne peut saisir le sens ; il y a des hallucinations de la vue. — Injection sous-cutanée de morphine de 0 gr. 05.

A onze heures, après des alternatives d'excitation et de calme relatif, D... est prise d'un spasme avec frisson général puis, tombe morte sur son oreiller, après 18 heures de séjour à l'hôpital, 3 jours d'invasion et probablement 40 jours d'incubation.

AUTOPSIE, le 9 juillet, 24 heures après la mort, par un temps très-chaud. — Presque plus de rigidité cadavérique. — Sugillations brunes des parties déclives. — Sur les téguments examinés avec soin, on ne trouve d'autre cicatrice que celle de la partie moyenne de l'avant-bras droit; la peau qui l'environne ne présente rien à noter. Rien à l'œil nu dans la *moelle*, le *bulbe* ou l'*encéphale*; il y a peu de congestion de la pie-mère et des sinus.

Thorax. — *Poumons* absolument sains; congestion peu intense de la partie la plus déclive des lobes inférieurs ; pas de noyaux apoplectiques ni de suffusion sous-pleuréale. *Bronches* et *trachée* à peine rosées. *Cœur* : caillots cruoriques et diffluents dans les cavités auriculo-ventriculaires.

Sur la *muqueuse sublinguale* absolument rien. — *Estomac* : muqueuse du grand cul-de-sac brunâtre. — *Utérus*, vierge. — *Ovaire* gauche ; corps jaune du volume d'un gros poids.

Reins : volume normal. Décortication complète et facile, consistance ferme. Les cellules des tubuli ont leur volume ordinaire et ne sont pas graisseuses; le noyau apparaît assez nettement avec l'acide acétique. — Rien à noter dans les autres viscères. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la Triméthylamine et de son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu,

Par le docteur **G. PELTIER**, ex-interne des hôpitaux de Paris. (Suite) (1).

Système nerveux et musculaire. — Hamdy est le seul auteur qui nous donne des renseignements précis touchant l'action de la triméthylamine sur les systèmes nerveux et musculaire. Voici les résultats d'expériences faites, pour la plupart, sur des grenouilles : Par l'*action locale*, l'activité des nerfs est immédiatement accrue, comme le prouve l'agitation de la grenouille au moment où l'on insère la propylamine dans une plaie ; mais bientôt les nerfs sont parésiés et perdent totalement leur excitabilité. C'est d'abord le nerf sensitif qui est paralysé, et ensuite le nerf moteur. Ainsi, lorsqu'on insère à plusieurs reprises la propylamine dans une plaie, l'animal qui avait donné des signes de vives douleurs à la première insertion, ne sent pas les suivantes. La petite plaie est alors insensible au pincement et à l'électricité. Pareillement, l'instillation de la propylamine dans l'œil, détermine un fort resserrement des paupières et de vigoureux mouvements défensifs à la première instillation, beaucoup moins à la seconde, et pas du tout aux subséquentes. L'action locale de la propylamine est la même sur les racines des nerfs rachidiens que sur les cordons nerveux. Les racines motrices sont atteintes après les sensitives.

Voyons maintenant l'action directe de la propylamine sur les muscles et le cœur. Les muscles touchés par la propylamine, prennent une couleur rouge foncé, et, après de légères contractions fibrillaires, perdent totalement leur irritabilité en quelques minutes. Si on les examine alors au microscope, on constate que leur striation est moins apparente, et que leurs fibres sont finement granuleuses. Ce résultat ne dépend pas uniquement de l'imbibition de la substance musculaire par la propylamine, mais aussi d'un commencement d'absorbtion par les vaisseaux du muscle touché. On en trouve la preuve dans le fait, que chez une grenouille dont on a arrêté la circulation par la ligature de l'aorte, les muscles de la cuisse, touchés par l'alcaloïde, ne rougissent pas, conservent leur couleur normale, et ne perdent leur irritabilité qu'au bout d'un temps beaucoup plus long, et à la suite de cinq ou six applications de propylamine. Quant au cœur, il perd aussi son irritabilité en quelques minutes, par les applications de propylamine à sa surface, et un peu plus lentement par imbibition de voisinage.

Les *effets généraux* sont très-marqués sur le système nerveux cérébro-spinal et l'appareil locomoteur d'une part, et d'autre part, sur le système ganglionnaire. Les effets les plus apparents sont ceux qui se passent du côté du mouvement. On peut les diviser en deux périodes : l'une de surexcitabilité motrice, caractérisée par des palpitations musculaires et des secousses convulsives, bientôt suivies de véritables convulsions tétaniques, accompagnées de l'irrégularité, puis de la suspension de la respiration et du ralentissement de la circulation ; l'autre période, constituée par la résolution musculaire, pouvant aller jusqu'à la paralysie complète, avec insensibilité et collapsus de la circulation centrale et périphérique. On peut y ajouter une période de retour dans les cas non mortels.

A quelle cause sont dues ces convulsions du propylamisme? Evidemment, à la surexcitabilité de la moelle épinière, ainsi que le démontrent les deux expériences suivantes :

Si on préserve de l'intoxication une patte de grenouille, en liant l'artère iliaque ou la totalité du membre moins ses nerfs, avant d'empoisonner l'animal, on note que les convulsions se produisent dans la patte préservée comme dans celle qui ne l'est pas. Or, comme les muscles de la patte préservée n'ont pas reçu de propylamine qui puisse les contracturer, les convulsions viennent évidemment de l'excitabilité accrue de la moelle, transmise à la patte préservée, par ses nerfs. Si, en effet, on coupe les nerfs d'une patte avant d'empoisonner l'animal, les convulsions n'ont pas lieu dans cette patte qui ne reçoit plus que les excitations de la moelle. Si on coupe les nerfs de la patte pendant l'empoisonnement, les convulsions cessent immédiatement dans cette patte.

Quant au système nerveux ganglionnaire, il subit d'abord une excitation qui a pour résultat de rétrécir le calibre des vaisseaux capillaires, ainsi que nous l'avons déjà vu à propos de la tension artérielle. Puis, à une période plus avancée du propylamisme et surtout avec les fortes doses, il est parésié, et alors les vaisseaux se relâchent, et la circulation reste très-amoindrie.

Les faibles doses de propylamine, administrées à l'homme, sont incapables de produire les phénomènes de surexcitabilité motrice, qui donnent lieu, chez les animaux, aux palpitations musculaires, aux spasmes et aux convulsions. Cependant, chez une malade, la dose de 2 grammes a provoqué des tremblements : de la dyspnée et du spasme des muscles temporaux.

Appendice. — Les effets que nous venons de signaler ont été obtenus avec la propylamine commerciale ; or, il résulte d'une note de M. Hamdy, que la propylamine chimiquement pure ne donnerait pas lieu à la surexcitabilité nerveuse et à la période convulsive. On devrait donc admettre que ce n'est pas la triméthylamine qui est le facteur convulsivant dans les propylamines commerciales, qu'au contraire elle possède des propriétés sédatives très-accentuées.

Théorie du mode d'action de la triméthylamine. — Maintenant que nous connaissons à peu près les faits observés, cherchons-en l'explication, la raison, la nature. Comment agit la triméthylamine? Son action multiple sur les systèmes nerveux et musculaire, sur la circulation, paraissent prouver que la triméthylamine agit par sa pénétration dans le sang.

Si, tout d'abord, elle produit des spasmes, des convulsions, de la contraction des vaisseaux capillaires et le ralentissement du cœur, c'est qu'elle surexcite les centres bulbo-spinal et ganglionnaire. Mais, par quel élément ces effets sont-ils produits? Est-ce par la triméthylamine elle-même ou par un autre élément mal déterminé, l'ammoniaque peut-être? — C'est cette dernière hypothèse que nous serions tenté d'admettre après les expériences que M. Hamdy a faites avec de la triméthylamine chimiquement pure et qui, comme nous l'avons vu, n'a donné lieu à aucun phénomène convulsif.

A doxe toxique, la triméthylamine produit l'immobilité, le collapsus, et ce fait est dû évidemment à la perte d'excitabilité du centre bulbo-spinal. C'est l'opinion de M. Hamdy

(1) Voir les nos 20, 21 et 22 du *Progrès Médical*.

qui ajoute : « L'activité des centres nerveux ganglionnaires survit aussi à celle du centre cérébro-spinal, puisque le cœur continue à battre très-ralenti, il est vrai, et assez faible pour ne plus irriguer complétement les vaisseaux capillaires qui, malgré leur relâchement à cette époque, restent peu colorés. — C'est à un degré plus avancé de l'intoxication que les ganglions nerveux perdent leur activité, et seulement après les muscles. En général, les nerfs moteurs rachidiens sont paralysés avant l'arrêt du cœur, et les muscles ne le sont totalement qu'après. »

Si donc on retire de la triméthylamine, l'élément convulsivant, que reste-t-il? Un médicament à propriétés sédatives très-évidentes, un médicament *nervo-cardiaque*, dont la place nous semble devoir être inscrite entre la digitale et le sulfate de quinine.

Des différences sensibles séparent cependant l'action de la triméthylamine de celle de la digitale de celle du sulfate de quinine. Tous trois ralentissent les battements de cœur, mais en agissant d'une manière différente. La digitale excite les pneumogastriques et par suite l'action refrénante de ses nerfs sur le cœur; le sulfate de quinine, au contraire, n'a aucune action sur les pneumo-gastriques. Mais, selon M. G. Sée, il paralyse les ganglions auto-moteurs; quant à la triméthylamine, elle paraît agir surtout en paralysant le centre où siége le principe auxiliaire des mouvements du cœur. — La digitale augmente la pression artérielle, et ce fait ne paraît pouvoir s'expliquer que par l'excitation de la contractilité capillaire sous l'influence des vaso-moteurs; quant au sulfate de quinine, il est comme la triméthylamine, dépressible de la circulation, et paraît agir surtout par la paralysie des centres nerveux ganglionnaires.

Si maintenant nous cherchons l'explication de la diminution de la température et de la diminution de l'urée, nous dirons que ces faits nous paraissent devoir trouver leur explication dans le ralentissement de la circulation qui amène une diminution des combustions incessantes qui se font dans l'organisme. Car, en effet, qu'est-ce que l'urée, sinon le produit ultime de la combustion animale? Si donc cette combustion diminue, n'est-il pas naturel qu'il y ait diminution dans le produit même de cette combustion?

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Institutions médicales : désidérata.

Lorsque nous jetons un coup d'œil sur l'évolution des institutions médicales des autres peuples, et que nous voyons chez nous l'Etat, qui considère ses administrés comme des mineurs incapables, ne rien faire pour perfectionner l'enseignement médical, nous nous sentons profondément humiliés. Les faits valant beaucoup mieux, à notre avis, que de longues phrases, nous allons citer quelques faits.

Ainsi, tandis que l'Amérique, l'Angleterre, etc., possèdent plusieurs recueils importants consacrés à l'*art dentaire*; tandis que les Etats-Unis, par exemple, ont depuis longtemps un véritable enseignement spécial, tandis qu'il existe à Londres une *Société odontologique*; enfin, tandis que l'Espagne essaie d'entrer dans cette voie (Voy. p. 303), en France, nous n'avons qu'un seul journal, œuvre personnelle. La Faculté de médecine, jusqu'ici, a dédaigné de s'occuper, même incidemment, de cette branche de la chirurgie, et. dans les hôpitaux, nous le disons avec regret, c'est aux garçons de consultation qu'on abandonne l'examen de la mâchoire des malades, et l'extraction des dents. L'enseignement libre n'a rien fait pour combler cette lacune.

Ainsi encore, tandis que dans la plupart des pays fonctionnent et prospèrent des sociétés ayant pour but les études histologiques, en France nous avons laissé mourir la *Société de microscopie* après quelques mois d'une existence pénible.

Enfin, malgré l'intérêt des applications de l'électricité au traitement des maladies, nous n'avons aucune réunion scientifique qui s'occupe particulièrement de l'*électrothérapie*. Et si, à la Faculté, M. Gavarret enseigne magistralement l'électricité au point de vue de la physique, personne n'expose sérieusement ses applications à la médecine et à la chirurgie. Ce que nous négligeons, d'autres le font : A New-York, entre autres, il y a une *Société d'électrothérapie*, dont le *New York medical Record* nous apprend les noms des directeurs pour l'année courante (Voy. p. 303).

On voit donc combien nous avons à faire si nous voulons, non point devancer les autres nations, mais seulement les égaler. Et certes, ce n'est pas en donnant des congés non motivés (Voy. p. 303) aux étudiants en médecine et en dédaignant l'enseignement de certaines branches des sciences médicales que nous parviendrons à nous mettre de pair avec ceux qui, pendant nos vingt ans de soumission absolue à la direction administrative, ont marché en avant; mais c'est plutôt en nous persuadant bien de cette vérité que l'initiative individuelle est seule véritablement féconde et qu'elle doit se substituer à l'intervention déprimante et routinière de l'Etat.

Le choléra; discussion à l'Académie de médecine.

Depuis le 1er novembre le nombre des cas de choléra a considérablement diminué. Le total des décès jusqu'au 22 novembre est seulement de 17. — La discussion sur le choléra continue à l'Académie de médecine : il ne s'est produit, jusqu'ici, aucun fait important. La dernière séance a été occupée par la première partie d'un compendieux discours de M. Barth, dont nos lecteurs trouveront plus loin l'analyse : ce n'est, du reste, qu'un simple résumé des connaissances exposées tout au long dans les livres que nous possédons depuis longtemps sur le choléra.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. LABOULBÈNE.

M. HAYEM. Je voudrais appeler l'attention de la société sur une forme spéciale d'engorgement chronique du foie fort différente de l'hépatite interstitielle ou cirrhose. Dans la cirrhose, en effet, on constate dès le début une hypertrophie de l'organe, mais bientôt la rétraction s'opère et le foie diminue de volume. Autres sont les deux cas que je viens d'étudier; l'hypertrophie a été persistante bien que la mort ne soit arrivée qu'après plusieurs années et amenée par une cachexie profonde.

Je laisse de côté l'observation classique, me réservant de la publier ailleurs ; je ne m'occuperai que de l'examen anatomique qui, dans les deux cas, nous a révélé un état analogue. Aussi les confondrai-je dans une même description.

L'hypertrophie était considérable, mais au lieu d'être granulée ou globulée, la surface était lisse; le tissu criait sous le scalpel ; du reste, d'une apparence scléreuse, il rappelait le fibrome par sa consistance et sa coloration demi-transparente. Au microscope on peut constater l'existence d'une trame conjonctive très-épaisse qui, et ceci est un point important, diffère des travées systématiques de la cirrhose ordinaire. Dans

mon cas c'est d'une infiltration diffuse, d'une prolifération qui ne se contente pas de circonscrire des lobules hépatiques, mais qui pénètre ces lobules eux-mêmes et s'insinue entre les cellules. Dans l'épaisseur même de ce tissu conjonctif nouveau existent un très-grand nombre de noyaux, ou même de cellules embryonnaires caractérisées par un très-gros noyau entouré d'une faible couche de protoplasme. Si l'on passe à plusieurs reprises le pinceau sur la préparation, on enlève les noyaux et on trouve un tissu réticulé, analogue au tissu adénoïde de His. Il existe surtout entre les lobules, mais aussi dans l'épaisseur des lobules ; entre les cellules hépatiques les fibres conjonctives sont plus tassées et forment des plaques d'aspect strié, semblables aux feuillets élastiques des artères ; en certains points on constate non des plaques mais un réseau de fibrilles. Les vaisseaux sont congestionnés, les capillaires intra-lobulaires très-développés ; la veine centrale est moins apparente.

Eh bien ! malgré ces altérations nombreuses, malgré cette prolifération diffuse, les cellules hépatiques ne sont pas altérées ou ne le sont que peu, à peine remarque-t-on une légère atrophie dans les points où elles sont enveloppées par la trame de formation nouvelle, partout ailleurs elles sont saines. Il est donc facile d'établir une séparation très-nette entre cette forme et la cirrhose commune. En effet, l'hypertrophie, dans les cas qui nous occupent, est persistante ; la prolifération conjonctive, au lieu d'être systématique et circonscrite aux tractus extra-lobulaires, est diffuse et pénètre le lobule lui-même ; enfin, les cellules sont dans un état de conservation remarquable.

Je ne crois pas qu'il soit très-rare de rencontrer des faits analogues : cependant la littérature médicale en est fort pauvre. Je n'ai pu trouver en France qu'un cas observé par M. P. Ollivier. En Allemagne, Klebs en relate un certain nombre, mais la description qu'il a donnée est des plus succinctes.

M. Paul Bert. Je puis donner à la société quelques renseignements sur le monstre double que, depuis bientôt 15 jours, on exhibe à Paris. Les détails que je vais fournir, je les ai obtenus, soit par un examen personnel malheureusement fort incomplet, soit surtout par la lecture des articles anglais dont l'un est assez circonstancié : il est dû à un chirurgien qui put faire un examen intime appelé qu'il était pour soigner un abcès de l'aine. Il a fallu cette circonstance, car il s'agit ici de personnes ayant reçu une éducation fort soignée, et qui se refuseraient à une investigation scientifique un peu approfondie.

Il s'agit, vous le savez, d'un monstre double du sexe féminin, âgé de 22 ans, né dans la Caroline du Nord d'une négresse et d'un blanc. L'accouchement ne présenta rien de spécial, il fut assez rapide et terminé sans encombre. Le produit était constitué par deux filles libres aux deux extrémités, mais soudées au-dessous de la région lombaire par tout ou partie du sacrum. J'ai pu constater que chacun des corps est complet, qu'il y a 4 membres thoraciques, 4 membres pelviens, 4 ischions, mais le rectum est commun et même dans une certaine hauteur, car le doigt introduit dans l'anus ne saurait atteindre le point de bifurcation. Maintenant s'il faut en croire les renseignements donnés par le chirurgien qui soigna l'une d'elles, à l'âge de quatre ans, il y aurait deux utérus ouverts dans le même vagin et terminé par une large vulve, deux vessies, deux méats, et même deux hymens. Ce monstre appartient donc au genre ischiopage créé et décrit par Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce cas, vous le voyez, ressemble beaucoup à celui qui fut observé à la fin du XVIIe siècle, désigné sous le nom d'Hélène et Judith, et qui se trouve relaté dans de nombreux recueils. Mais ces deux sœurs étaient complétement adossées, tandis que celles-ci ont pu, par leurs efforts incessants, opérer une certaine rotation et forment un angle de 90 degrés environ. Les deux moitiés qui se correspondent sont un peu moins développées et les deux côtés internes de la face légèrement atrophiés.

Si j'entretiens la société de ce fait, c'est qu'on peut observer quelques phénomènes physiologiques des plus intéressants. Et d'abord ce qu'il faut bien constater c'est l'indépendance absolue des deux êtres, et malgré leur prétention à ne constituer qu'un seul et même individu, malgré leur affection à n'avoir qu'un nom pour elles deux, il y a bien là deux corps et deux intelligences distinctes. L'une peut causer et l'autre lire, une tête parler allemand laisser l'autre s'exprimer en anglais. Cependant il leur arrive souvent d'avoir les mêmes rêves, surtout lorsqu'ils sont pénibles ou effrayants. J'ajouterai en outre qu'elles s'entendent fort bien et font entr'elles très-bon ménage.

Mais ce qu'il y a de vraiment remarquable, c'est une certaine communauté de sensibilité. Lorsque l'on touche l'un des quatre pieds la sensation est perçue par les deux têtes. Evidemment la perception est plus nette dans la tête correspondante au pied touché, mais l'autre tête est aussi certainement avertie. La chose est incontestable et je puis affirmer l'exactitude du fait pour m'en être assuré à plusieurs reprises. Le même phénomène s'observerait pour les sensations de douleurs, mais celles-ci, il faut le dire, n'arriveraient que très-affaiblies dans la tête opposée au membre sur lequel on expérimente.

L'indépendance des deux êtres reparaît au point de vue des mouvements et la tête de droite, par exemple, n'a aucun pouvoir sur les membres inférieurs de gauche. Dans ce cas, chaque tête dirige et fait mouvoir son propre corps.

La circulation n'est pas uniforme ; le cœur donne souvent 3 ou 4 pulsations de plus ou de moins à la minute ; mais chose curieuse, ces différences disparaissent dans les membres inférieurs, et quel que soit l'écart qui existe entre les deux pouls radiaux, les pédieuses battent à l'unisson. Le synchronisme est parfait.

Elles n'ont eu, en fait de maladies, qu'une fièvre intermittente qui les atteignit toutes les deux. Elles ont été vaccinées et les pustules ont apparu sur les deux bras. Si l'une a la migraine, l'autre ne tarde pas à en être affectée. Enfin, dans leur jeunesse, lorsque l'une prenait le sein, la faim de l'autre paraissait s'apaiser, mais maintenant il n'en est plus ainsi. On n'a jamais expérimenté, du reste, pour savoir si encore ce phénomène pourrait s'observer dans de certaines limites. Leur menstruation s'est bien établie ; elle est très-régulière. Tels sont les détails que j'ai pu recueillir. Il en est un des plus intéressants pour le physiologiste et qui demanderait à être étudié avec le plus grand soin, c'est cette solidarité dans les sensations unies à cette indépendance absolue dans les mouvements. Quant à un examen direct du bassin et de ses orifices, on ne peut guère l'espérer, car il est stipulé dans le contrat qui les lie à leur cornac qu'elles auront le droit de se refuser à toute investigation même scientifique.

M. Rabuteau fait une communication sur le mécanisme de l'intoxication par le mercure.

M. Hamy établit que l'ossification de l'os malaire se fait non par un point ou deux points comme on le lit encore dans des traités d'anatomie, mais par trois.

M. Regnard a constaté que la sécrétion de l'urée diminuait considérablement pendant les accès fébriles survenus dans le cours d'un ictère chronique calculeux. Les urines recueillies dans 31 accès ont été analysées et toutes ont donné un résultat analogue. Il a par contre observé, suivant une remarque déjà faite par Frerichs, qu'il existait une quantité plus considérable de leucine et de tyrosine.

Pendant la séance, la société a procédé à l'élection d'un membre. Sur 30 votants M. Malassez a obtenu 29 voix, M. Javal 1. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre. — Présidence de M. Depaul.

M. le président annonce que dans la prochaine séance M. Devergie donnera lecture de son rapport sur les ouvrages présentés pour les prix de *vingt mille* et de *cinq mille* francs institués par le marquis d'Ouches. Cent deux mémoires ont été présentés.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *choléra et les diarrhées épidémiques*.

M. Barth. Le choléra se présente sous deux formes principales, la cholérine et le choléra. Tout le monde admet que la première stade de la maladie est une diarrhée sans douleur, les autres symptômes sont les vomissements, les crampes, la cyanose, le refroidissement, les altérations du pouls, la diminution et même la suppression complète des urines. En général, aussi on admet que pour que le choléra guérisse, il faut une période de réaction qui peut être bénigne ou amener les complications inflammatoires. Mais les opinions diffèrent beaucoup sur la nature, la genèse et le développement du fléau. A propos de la nature, les uns en font une névrose ganglionnaire, un typhus spécial, une maladie du foie; les autres, un empoisonnement spécial, une fièvre intermittente, etc., etc. Evidemment, il n'y a pas d'identité à admettre avec ces affections et si l'on veut mettre le choléra dans un cadre nosologique, c'est à côté de la peste et de la fièvre jaune qu'il faut le placer. Il y a une grande analogie entre le choléra morbus et le choléra sporadique, mais là non plus l'identité n'existe pas, le doute n'est pas possible.

A propos de la Genèse, on a dit que l'eau avait une grande influence, parce que dans toutes les épidémies les populations maritimes avaient été les premières atteintes, mais n'en a-t-il pas été de même pour toutes les maladies importées? Le choléra devrait toujours sévir en Hollande, où le niveau du sol est au-dessous de celui de la mer.

La température a-t-elle une influence? Certaines années il a fait de grandes chaleurs et on n'a pas constaté le mal. En revanche, il a sévi par des froids rigoureux à Moscou et à Saint-Pétersbourg, et au mois de décembre 1866 à Cherbourg. D'autres raisons ont encore été invoquées : l'humidité ou la sécheresse ; la succession d'une année sèche à une année humide et *vice versâ*, les inondations, les variations électriques, les altérations de l'air, la diminution de la quantité d'ozone. L'observation a rédnit à néant toutes ces causes. Longtemps on a accordé une grande influence à la constitution géologique du sol, mais tous les terrains calcaires, d'alluvions, jurassiques, primitifs, etc., etc., ont été une fois ou l'autre atteints par le fléau. Des contrées très-salubres ont été frappées, d'autres insalubres ont été épargnées. On a invoqué les conditions hygiéniques des nations. A quel moment ont-elles été plus mauvaises en France qu'après nos grands désastres de 1813 et 1814 et récemment encore?

Si donc le choléra n'est pas un produit de conditions telluriques, atmosphériques ou hygiéniques, s'il n'est pas une maladie *sui generis* née chez nous, d'où vient-il? Des bords du Gange, comme la peste du Delta, comme la fièvre jaune des bords du Mississipi. Le choléra est donc une maladie contagieuse, non par le contact, transmissible de près ou de loin par ceux qui subissent ses émanations. Il est produit par un miasme né dans l'Inde et que jusqu'à présent nos pays n'ont pu produire ; miasme subtil, impalpable, pénétrant par les voies digestives ou pulmonaires, et qui fait que le sérum du sang transsude à la surface de l'intestin.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Charcot sur les candidatures à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. Si nos renseignements sont exacts, l'ordre de présentation serait le suivant : En 1re ligne, M. Empis; en 2e, M. Laboulbène; en 3e, M. Parrot; en 4e, M. Lancereaux ; en 5e, M. Cornil; en 6e, M. Voisin. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Charcot.

Cancer de l'estomac chez un homme de 29 ans. — Lymphangite pulmonaire caséeuse, par M. Troisier, interne des hôpitaux.

Le nommé B. Edouard, âgé de 29 ans, serrurier, entre le 4 juin 1873, dans le service de M. Vulpian, à la Pitié (Saint-Raphael, n° 18).

Il fait remonter à une année le début de sa maladie. C'est à cette époque qu'il commença à éprouver des douleurs gastralgiques et à vomir ses aliments de temps en temps. Ce malade se livre à des excès de boissons depuis cinq ou six ans, et il n'a pas cessé depuis qu'il est souffrant. Il a été obligé de quitter son travail il y a un mois parce qu'il s'était considérablement affaibli ; les vomissements sont devenus quotidiens ; ils surviennent, soit immédiatement, soit quelque temps après le repas, ils ne contiennent jamais de matières noires ; la douleur épigastrique est continuelle, sourde, avec des exacerbations fréquentes et s'accompagne quelquefois de coliques. L'estomac est très-dilaté ; en palpant le creux épigastrique, on ne trouve ni tumeur ni empâtement profond de la région. Outre les vomissements alimentaires, le malade a tous les matins des pituites abondantes. La constipation date de douze jours. La soif est vive. La présence des aliments dans l'estomac augmente les douleurs gastralgiques. L'examen de la poitrine ne fait découvrir que quelques craquements humides au sommet droit. L'état cachectique est déjà très-avancé.

A partir du 1er juillet, les vomissements contiennent des matières noires; le malade vomit tout ce qu'il prend. L'amaigrissement devient extrême et la mort survient le 23 juillet.— (On n'a pas examiné les organes thoraciques dans les dernières semaines de la vie).

Autopsie. — *Cavité crânienne.* — Rien à noter.

Cavité abdominale. — L'estomac est considérablement dilaté; il est rempli d'un liquide noirâtre ; il présente, au niveau de la petite courbure, une induration au voisinage de laquelle se trouvent sur la face antérieure de l'organe, de petites nodosités squirrheuses. Les ganglions contenus dans l'épiploon gastro-hépatique et la tête du pancréas sont également indurés et adhèrent à la petite courbure. A l'intérieur, on trouve un cancer végétant de la région pylorique de l'estomac et de la première portion du duodénum; l'orifice pylorique n'est pas très-rétréci ; les parois de l'estomac qui ne sont pas envahies par le cancer sont très-amincies, mais la muqueuse est un peu épaissie ; elle est recouverte dans toute son étendue d'une couche de mucus gris-noirâtre et elle présente de larges vergetures ecchymotiques.

La *capsule surrénale* droite est de la grosseur d'un œuf de poule, elle est cancéreuse. La gauche est saine. — Les *reins* sont sains.

Le *foie* est farci de noyaux cancéreux de différentes dimensions. — La *rate* est normale. Les intestins sont rétrécis. Les ganglions mésentériques sont un peu tuméfiés.

J'ai fait l'examen microscopique des lésions de l'estomac et du foie ; on y trouve des cellules irrégulières à gros noyaux, agglomérées dans des alvéoles formés de tissu conjonctif (carcinome.) Je relèverai, à ce propos, l'âge du malade (29 ans).

Cavité thoracique. — Adhérences anciennes des deux sommets. Les vaisseaux lymphatiques pulmonaires sont très-dilatés sur presque toute la superficie des deux poumons; ils forment de larges plaques réticulées ou de simples ilôts qui se rejoignent par un ou plusieurs lymphatiques. Ces vaisseaux, ainsi dilatés, sont contournés et sinueux; ils présentent un aspect moniliforme irrégulier; ils font une légère saillie; leur coloration est jaunâtre et ils contiennent une matière jaune concrete, constituée par une masse de cellules rondes munies d'un noyau et par une quantité considérable de granulations graisseuses libres.

Les lymphatiques profonds présentent la même altération dans toute l'épaisseur des poumons ; sur les coupes de ces organes, on voit çà et là des points jaunâtres, proéminents d'où l'on peut faire sortir par la pression de petits cylindres de matière crêmeuse ; ailleurs on voit les lymphatiques former des cordons plus ou moins longs et sillonner la surface de section. En quelques points, surtout au voisinage de la périphérie, ils forment par leur enchevêtrement, des ilôts qui présentent l'aspect caséeux dans toute leur étendue ; ils sont plus ou moins ramollis; le tissu pulmonaire parait avoir disparu, à leur niveau.

Il y a une caverne de la grosseur d'une noix au sommet du poumon droit: au voisinage de cette excavation, se trouvent de petits amas de granulations grises offrant à l'œil nu les caractères des tubercules. On en trouve également un ilôt assez volumineux au sommet gauche. Autour de ces agglomérations se voient des tractus gris ardoisés. Les poumons, en dehors de ces lésions, sont congestionnés et œdématiés.

Les *ganglions trachéaux* forment une masse de la grosseur d'une orange, au-devant de la trachée, entourant les gros troncs vasculaires. Ils sont d'une coloration gris rosée ; en les comprimant après les avoir incisés, on en fait sortir de la matière caséeuse semblable à celle qui remplit les lymphatiques.

Examen histologique. — On a fait durcir plusieurs morceaux de poumons en les plaçant successivement dans une solution d'acide picrique, puis dans la gomme et enfin dans l'alcool. Les tranches minces qui ont servi à la description suivante ont été colorées dans une solution ammoniacale de carmin additionnée d'acide picrique.

Les lymphatiques se présentent coupés soit en travers, soit plus ou moins obliquement. Leur surface de section est circu-

laire ou se montre sous forme de fente à contours anguleux Leur paroi est considérablement épaissie ; elle est infiltrée de noyaux de tissu conjonctif se colorant vivement en rouge. Le contenu se trouve immédiatement en contact avec la paroi et fait corps avec elle ; il est constitué par une masse qui est restée jaunâtre, granuleuse, et dans laquelle on voit des noyaux colorés par le carmin ; on trouve quelques noyaux près du centre même du vaisseau, mais c'est dans la partie périphérique de cette masse granuleuse qu'ils sont surtout apparents. A un grossissement de 420 diamètres, on remarque autour de ces noyaux des masses de protoplasma granuleux, et dans les points même où il n'y a pas de noyaux colorés, on distingue assez nettement dans cette matière jaunâtre des corps ayant l'apparence de cellules. La partie tout à fait centrale ne présente pas cet aspect ; c'est un amas de granulations graisseuses libres ; dans la plupart des préparations, cette partie s'est détachée et il reste à sa place une sorte de cavité intérieure ; mais il est probable que la circulation était interrompue dans ces vaisseaux. On ne trouve pas de globules rouges du sang au milieu de cette matière caséeuse.

Les dimensions transversales des lymphatiques sont très-inégales ; les uns ont jusqu'à un millimètre de diamètre ; le plus grand nombre n'ont qu'un quart de millimètre, et quelques-uns un diamètre moindre encore.

Il y a dans une certaine étendue autour des lymphatiques ainsi altérés, une prolifération nucléaire très-abondante dans le tissu inter-alvéolaire, et les alvéoles pulmonaires du voisinage sont tapissés à leur face interne de plusieurs couches de cellules endothéliales.

Les portions du poumon qui se présentaient à l'œil nu sous forme de masses caséeuses, sont constituées par une agglomération de vaisseaux lymphatiques dilatés, très-rapprochés les uns des autres ; l'intervalle qui les sépare est comblé par des noyaux de tissu conjonctif qui masquent ou qui remplacent les alvéoles. En quelques points on trouve des tractus formés de tissu conjonctif au milieu duquel se voient des masses pigmentaires à contours irréguliers et munies de prolongements. Les parois des vaisseaux sanguins sont épaissies.

Je n'ai malheureusement pas conservé les portions de poumons qui paraissaient envahies par des tubercules, de sorte que l'examen microscopique de ce point intéressant n'a pas été fait.

Ces lésions des lymphatiques pulmonaires se trouvent donc caractérisées par la prolifération et la régression granulo-graisseuse des cellules endothéliales et se rapportent à ce qu'on pourrait appeler la *lymphangite caséeuse*.

Ce fait, dont il existe peu d'exemples, offre beaucoup d'analogies avec celui que M. Chevalet a présenté dernièrement à la Société (1873, page 252) et qui a fait également le sujet d'une communication de M. Raynaud à la *Société médicale des hôpitaux*.

M. J. Renaut rappelle que dans le fait en question, l'estomac était aussi le siége d'une lésion ; il s'agissait d'un lymphadénome.

M. Charcot rapproche de ces faits ceux que Moxon a décrits dans les comptes-rendus de la société pathologique de Londres ; ils sont au nombre de deux.

Séance du 31 *octobre*.—Présidence de M. Charcot.

Choléra. Thromboses veineuses multiples, stéatose viscérale, par le Dr Liouville, chef de clinique.

Les pièces mises sous les yeux de la Société proviennent d'une femme de 38 ans, atteinte de choléra sans diarrhée prémonitoire, et morte le 12e jour après son entrée à l'hôpital, dans le cours d'une réaction traversée par des accidents typhoïdes.

On n'observe sur l'*intestin* aucune lésion catarrhale, ni cette psorentérie qui a été souvent signalée. En revanche il existe des *thromboses* dans les veines rénales, des caillots dans la veine cave et des oblitérations dans les veines pulmonaires. Au niveau de ces dernières se voient de petits foyers apoplectiques avec indurations localisées du parenchyme pulmonaire.

Les caillots examinés au microscope, se montrent constitués en grande partie par des globules blancs et de la fibrine granuleuse. Les autres viscères offrent les caractères d'une dégénérescence graisseuse diffuse. Le cœur est également stéatosé, mais il faut observer que cette femme était récemment accouchée, ce qui suffit à expliquer ces lésions.

M. Hallopeau considère les thromboses signalées dans cette observation comme le résultat de plusieurs causes efficientes. Pour lui, il y a simultanément affaiblissement cardiaque et défaut d'impulsion du cœur, qui prédispose aux coagulations sanguines : d'autre part, il faut tenir compte de la contraction tétanique des petits vaisseaux, qui peut déterminer des algidités locales. On peut en inférer que cette tonicité vasculaire exagérée favorise les stases veineuses, l'accumulation de l'acide carbonique, et la formation des caillots. Quant à la stéatose, c'est une lésion commune à presque toutes les maladies infectieuses.

Hémiplégie ancienne : atrophie du côté droit du corps et déformation de la main. Atrophie de l'hémisphère gauche, par M. Thorens, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie chez une femme âgée, morte dans le service de M. Tardieu, à l'Hôtel-Dieu. Elle présentait une atrophie de toute la moitié droite du corps : le membre supérieur droit était de six centimètres plus court que le gauche, et complètement paralysé. La main était fixée dans un état de flexion permanente qui avait fini par déformer le poignet, de sorte qu'on aurait pu croire à une malformation congénitale. La malade faisait remonter le début du mal à son enfance.

La malade succomba aux suites d'une affection cardiaque.

On trouva à l'autopsie une atrophie de l'hémisphère cérébral gauche, portant peu sur les noyaux centraux (corps opto-striés) mais très-prononcée au niveau des circonvolutions, et particulièrement de celle de l'insula. L'atrophie se prolongeait sur la moitié gauche de la protubérance, puis sur les pyramides antérieures du même côté ; là, on voyait l'entrecroisement, et les cordons antéro-latéraux droits de la moelle avaient subi une diminution de volume.

Les muscles des membres atrophiés n'étaient pas fibreux ni graisseux, mais la plus grande partie des fibres avait disparu par une véritable atrophie. Il n'existait pas non plus de lésions osseuses, seulement les os étaient aussi grêles que ceux d'un enfant de 8 ans. Malgré la déformation du poignet les osselets du carpe n'étaient pas altérés, et les articulations avaient leurs caractères normaux : seule la partie de la jointure qui par le fait de la flexion permanente se trouvait déborder le point de contact des surfaces articulaires, présentait un peu de dépolissement. — Les nerfs ont été trouvés sains.

M. Hallopeau signale dans ces cas d'atrophie cérébrale la coexistence assez fréquente d'une lésion du noyau gris de la pyramide antérieure du bulbe ainsi que des cornes antérieures de l'axe rachidien.

M. Charcot. Le cas de M. Thorens rentre dans une catégorie de faits bien connus surtout depuis les travaux de M. Cotard. On observe ces atrophies fréquemment à la Salpêtrière. Toutefois, on n'est pas encore bien fixé sur la nature des maladies qui occasionnent ces hémiplégies incurables et persistantes. Les médecins de l'hôpital des Enfants, sous ce rapport, sont plus à même que nous d'étudier les premières périodes de la maladie. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs faits de ce genre chez des enfants, et toujours l'hémiplégie était survenue après des convulsions : elle paraissait liée à de l'encéphalite. L'attitude de la contracture survient chez eux de très-bonne heure : ils deviennent parfois aussi épileptiques. Tantôt l'intelligence est altérée : plus souvent elle n'est pas abolie, non plus que la parole : et cela, lors même que la lésion porte, comme dans le cas de M. Thorens, sur l'hémisphère gauche du cerveau. M. Cotard a émis l'hypothèse suivante, pour expliquer ces faits : Il suppose que les deux moitiés du cerveau sont susceptibles de se suppléer au point de vue de leur fonction, de sorte que les enfants s'habituent à se servir davantage de la portion saine, comme les strabiques de l'œil le moins dévié.

Quant à l'atrophie qui résulte de ces hémiplégies, elle est dûe à ce que la lésion s'est produite à un moment où le système osseux n'a pas atteint son développement. De ce côté, on trouve quelquefois des altérations du même genre que celles du cerveau, surtout sur la boîte crânienne. Enfin, les nerfs du côté paralysé sont souvent lésés, et on les a vus hypertrophiés, comme les nerfs des moignons d'amputés.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE.

XII. Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, par Robert BARNES, traduites sur la seconde édition par le docteur E. CORDES, volume 500 pages. G. Masson, éditeur, 1873.

XIII. Sur la glycosurie. (*Glycosurie des femmes en lactation*), par E. LOUVET. Thèse de Paris 1873.

XIV. Recherches sur l'urine pendant la lactation, par DE SINETY, (*Gazette médicale*, 1873.)

XII. Le livre de M. le docteur Barnes sur les opérations obstétricales comble un desideratum qui existait non-seulement en Angleterre, mais encore en France, en Allemagne et en Italie. Les applications du forceps, la version, les hémorrhagies utérines, leurs causes et leur traitement y sont très-longuement étudiés. L'embryotomie, l'opération césarienne, l'accouchement prématuré artificiel, la rétroversion, la rétroflexion de l'utérus, etc., etc., sont aussi le sujet de leçons fort intéressantes.

« Le travail de l'accouchement est un problème de dynamique dans lequel entrent trois facteurs : 1° le fœtus, corps qui doit sortir ; 2° le canal composé des os du bassin et des parties molles à travers lequel doit passer l'enfant ; le fœtus et le canal constituent la résistance, l'obstacle à vaincre ; 3° la force, représentée par l'utérus et les muscles volontaires. Pour que le travail soit normal il faut que ces facteurs soient entre eux dans un rapport harmonieux, un simple défaut de corrélation entre eux pourra arrêter le travail. »

En ce qui concerne la force, la *vis a tergo*, on peut quelquefois éperonner l'utérus et ses muscles auxiliaires et les faire agir. Dans ce but on peut employer l'expression utérine. Quand on n'a pas de *vis a tergo* on peut y suppléer par la *vis a fronte*, c'est à-dire par l'application du levier et du forceps.

Dans un second ordre de cas, il y a défaut de corrélation entre le corps à expulser et le canal que ce corps doit traverser : la rigidité du col utérin, par exemple, peut s'opposer aux progrès de la tête : la patience, l'opium, l'emploi du dilatateur hydrostatique imaginé par l'auteur et le bistouri sont des moyens qui permettront de triompher de cet obstacle.

Enfin, le fœtus et le canal peuvent être dans de justes proportions, mais la position de l'enfant défavorable : dans ce cas la main, le levier et le forceps sont les instruments au moyen desquels on doit rétablir le rapport.

C'est par l'étude du forceps que l'auteur commence. Il montre que le forceps possède trois forces : « 1° si l'on saisit simplement la tête et qu'on tire sur le manche, il est un *tracteur* qui fournit la vis a fronte pour suppléer au défaut de la vis a tergo ; 2° comme il est composé de deux branches qui ont un point d'appui l'une sur l'autre dans l'articulation, il constitue un double *levier* ; 3° si les branches sont assez longues et assez fortes, et bien faites de tout point, le forceps possède une force *compressive*, capable de réduire certains diamètres de la tête, et de faire cesser la disproportion, si elle n'est pas extrême. »

Les leçons, au nombre de cinq, sur l'application du forceps seront moins utiles qu'on pourrait le croire aux médecins français, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, en Angleterre, les femmes accouchent habituellement étendues sur le côté gauche, il en résulte des différences dans le mode d'introduction des branches de l'instrument. De plus, Barnes montre combien le long forceps à double courbure usité en France est supérieur au forceps des anglais, forceps court qui ne présente pas de courbure sur ses bords, c'est-à-dire, pas de courbure pelvienne. Chez nous, Barnes prêcherait donc des convertis.

Les chapitres qui suivent sont consacrés à la version, « opération par laquelle on cherche à substituer à une position défavorable une position qui rende l'accouchement plus aisé. Si l'obstétrique devait être réduite à une seule opération, dit M. Barnes, je voudrais que ce fût à la version. Aucune autre ne tire l'accoucheur et la patiente d'autant de difficultés différentes. Nous pourrions réduire de beaucoup les cas de crâniotomie, nous pourrions nous passer du forceps, mais ni l'une ni l'autre ne peuvent remplacer la version. » On voit donc quel cas l'auteur fait de cette opération, ce qu'il cherche surtout c'est à appliquer la connaissance du mécanisme de l'évolution et de la version spontanées dans les présentations de l'épaule et du siége à l'exécution de la version et de l'évolution artificielles. Il insiste longuement sur l'application de la méthode *bipolaire*, méthode dans laquelle une des deux mains travaille en dehors en appuyant sur l'une des deux extrémités sur l'un des deux pôles par conséquent du fœtus et en le dirigeant, tandis que l'autre main travaille au dedans du bassin. Il rappelle les paroles de Simpson : la main placée à l'extérieur fixe l'utérus et l'enfant pendant l'introduction de l'autre, elle tient le fœtus pendant qu'on cherche à saisir les pieds, ou bien elle les rapproche de la main qui cherche. Depuis longtemps, du reste, Paul Dubois (article *Version* du Dictionnaire en 30 volumes) avait en France donné les mêmes conseils.

M. Barnes recommande de saisir non pas un ou deux pieds mais *un genou* et de l'amener hors de l'utérus dans la cavité vaginale. On est maître alors de la situation et il suffit, pour achever l'opération, de pratiquer l'extraction du corps du fœtus. Ce procédé qui consiste à prendre un genou est aussi conseillé en France par le chirurgien en chef de la Maternité, M. Farnier, et il rend de grands services dans les cas difficiles.

La version est-elle indiquée dans les rétrécissements du bassin ? Cette question si souvent discutée et résolue en général négativement en France, l'est au contraire affirmativement par M. Barnes. « Si le diamètre conjugué du bassin est de 76 millimètres au plus on devra pratiquer la version. La version est encore le complément obligé de l'accouchement prématuré à 7 ou 8 mois lorsque le diamètre du bassin mesure de 69 à 76 millimètres. »

Il appuie son opinion sur le fait suivant qu'il admet avec Baudelocque, Osiander, Hohl et Simpson : la tête passe plus facilement quand la base se présente la première que quand c'est le sommet. Le crâne étant comprimé alors transversalement et de bas en haut, les pariétaux s'aplatissent et chevauchent plus facilement. Il cite de plus des cas [illegible] après avoir échoué avec le long forceps à double courbure il fit la version et vit alors la tête sortir *aisément*. « Personne, ajoute-t-il, ne contestera que la traction et par suite la compression soient infiniment plus grandes quand on peut tirer sur les jambes et le tronc que celles qu'on obtient avec le plus puissant des forceps. » Cette proposition nous paraît au contraire très-contestable et elle peut même étonner si l'on se rappelle combien M. Barnes, quelques pages plus haut, a insisté sur la puissance du forceps comme agent de compression. L'auteur recommande enfin fort justement lorsqu'on pratique la version dans les rétrécissements du bassin, de diriger le plan postérieur du fœtus du côté où le bassin est le plus large, afin que l'occiput qui est la portion la plus volumineuse du crâne puisse sortir aisément.

En ce qui concerne les hémorrhagies, l'auteur recommande vivement dès que le placenta est sorti, l'injection de perchlorure de fer au lieu d'applications froides ou de massage. Lorsque l'hémorrhagie a été très considérable il conseille la transfusion du sang dont il expose le manuel opératoire. Du reste depuis la dernière édition du livre de M. Barnes cette question de la tranfusion traitée en France par M. de Bélina a été remise à l'étude dans les sociétés obstétricales de la Grande Bretagne.

La meilleure appréciation qui puisse être donnée de l'ouvrage du docteur Barnes est celle qui a été si bien formulée par le professeur Pajot dans la préface de l'édition française ; « Ce livre n'est pas à proprement parler un traité dogmatique des opérations en accouchements, c'est une série de leçons originales, comprenant à la fois l'examen pratique des accidents graves de la parturition, les indications raisonnées et des recherches judicieuses sur la méthode opératoire, le procédé à choisir, l'instrument à préférer et les manœuvres de déta

destinées à assurer le succès. La clarté du style est parfaite. L'ordre, sans être tout-à-fait rigoureux, est ce qu'il peut être en général dans une série de leçons cliniques. A chaque instant se révèle par quelque remarque un esprit distingué, mûri, ayant beaucoup vu et beaucoup médité. Certains jugements, sans doute, pourront être discutés, quelques opérations contestées, mais ces leçons n'en resteront pas moins intéressantes utiles, instructives. Cette traduction aura surtout le grand avantage de faire connaître en France la pratique obstétricale actuelle des chirurgiens anglais. » Ajoutons enfin que M. Cordes s'st acquitté de sa tâche à son honneur, sa traduction est claire et facile à lire.

XIII. Depuis que, en 1856, M. Blot a signalé la présence du sucre dans les urines des femmes enceintes, récemment accouchées ou nourrices, un certain nombre de travaux ont été publiés dans le but d'infirmer ou de confirmer ses recherches par Leconte, Schunk, Bieden, Kirschten, Brücke, Swanoff, Lecoq et Chailley.

Récemment, M. Louvet, dans sa thèse inaugurale, et M. de Sinety, dans un mémoire lu devant la Société de Biologie, ont repris l'étude de ce sujet. Nous nous contenterons, la question n'étant pas encore complétement résolue, de relater les résultats obtenus par chacun de ces deux observateurs en les comparant à ceux rapportés par M. Blot.

Tandis que chez les *femmes enceintes*, M. Blot a trouvé la glycosurie dans la moitié des cas, M. Louvet, qui a examiné les urines de ces femmes grosses, n'a jamais constaté la présence du sucre si ce n'est deux fois dans les derniers jours.

Chez les *femmes en couche* la glycosurie existerait dans la totalité des cas, suivant M. Blot ; les résultats de M. Louvet se rapprochent de cette indication : pendant les neuf jours qui suivent l'accouchement, il a constaté la présence du sucre dans l'urine 72 fois sur 96. Enfin, chez les *nourrices*, M. Louvet a trouvé la glycosurie 24 fois sur 50 ; pour M. Blot, au contraire, la glycosurie serait dans ces cas la règle absolue.

XIV. D'après M. de Sinety, ces résultats contradictoires peuvent être expliqués : Pas plus que M. Louvet, il n'a trouvé du sucre dans les urines des femmes grosses. Mais, de ses observations et de ses expériences, il conclut que la glycosurie peut être produite à volonté chez les nourrices. Il suffit pour cela de supprimer b[illegible] l'allaitement. Dans tous les cas où pour une cause quelconque, la sécrétion de la glande mammaire était entravée, il a vu apparaître le sucre dans l'urine. Quant au contraire, la production et la dépense du lait s'équilibrent, le sucre disparaît de l'urine et tout rentre dans l'état normal. On comprend dès lors pourquoi le phénomène de la glycosurie peut varier d'un moment à l'autre chez les nourrices.

Un fait qui semble corroborer cette opinion, c'est que les auteurs s'accordent pour constater la présence du sucre dans l'urine le 2e et 3e jour après l'accouchement, du moment où, la sécrétion étant très-abondante, l'enfant ne consomme encore que peu de lait.

P. Budin,

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie descriptive, par J. Cruveilhier, 5e édition, revue, corrigée et augmentée avec la collaboration de MM. Marc Sée et Cruveilhier fils. Tome II, première partie. *Splanchnologie*, grand in-8° de 535 pages, avec 369 figures, 9 fr.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de ce livre devenu classique depuis longtemps. Nous nous bornerons donc à indiquer à nos lecteurs les matières contenues dans le volume qui vient de paraître. Le premier chapitre est consacré à des *considérations générales* : définition, délimitation de la splanchnologie ; connexions des viscères ; muqueuses ; villosités, papilles, glandes. Le deuxième traite de *l'appareil de la digestion* ; le troisième de *l'appareil de la respiration*. Enfin dans le chapitre V, on trouve exposé tout ce qui est relatif à *l'appareil génito-urinaire*. Dans ce chapitre les auteurs ont fait rentrer l'étude des *mamelles*.

Cette nouvelle édition est faite avec beaucoup de soin et les 369 figures, noires ou coloriées, intercalées dans le texte contribuent à faciliter l'étude de l'anatomie. Il est à désirer vivement qu'un trop long espace ne s'écoule pas avant l'apparition de la seconde partie du volume en voie de publication.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Charité. — M. Gosselin. — Cliniques et opérations les mardis, jeudis, samedis, à 8 heures. — Salle Sainte-Vierge (H). — 9, sarcome périosté du maxillaire inférieur ; — 28, luxation des péroniers latéraux du coté droit à la suite d'une entorse ; — 40, rupture non consolidée du tendon du triceps crural et de la synoviale gauche chez un ataxique. — Sainte-Catherine (F) — 4, masse pseudo-phlegmoneuse périutérine ; — 6, Exostose syphilitique à la région temporale ; — 11, fibromes multiples de l'utérus ; — 12, tumeur ovarienne de nature carcinomateuse.

M. Trélat. Sainte-Rose (H), — St-Jean (F). — Cliniques et opération les mercredis à 10 heures.

M. Bouillaud suppléé par M. Brouardel. St-Jean de Dieu (H), Sainte-Madeleine (F). Visite à 8 h. 1/2. — Cliniques les mardis, jeudis, samedis.

M. G. Sée. — St-Charles (H), Sainte-Anne (F). — Visite à 8 heures. — Cliniques les lundis, mercredis, vendredis.

M. Bernutz. Visite à 8 h. 1/2. — Clinique sur les maladies des femmes les mercredis à 9 heures. — St-Ferdinand (H). — St-Joseph (F) : 2, fièvre typhoïde anormale (14e jour) ; — 1, 3, hysteries, formes très-intéressantes.

M. Bourdon. Visite à 8 h. 1/2. — St-Louis (H) : 1, néphrite albuminеuse aiguë ; — 14, ataxie locomotrice ; — 15, goutte. — St-Basile (F) : 6, fièvre typhoïde persistante (38e jour) ; — 18, hystérie avec hémiplégie droite incomplète.

Hôpital Beaujon. Service de M. Lefort. — Hommes : 1, désarticulation du premier métatarsien ; — 3, fracture sus-malléolaire et luxation du pied ; — 6, abcès de la fosse ischio-rectale ; — 10, arrachement de la peau de la paume de la main ; — 12, névrome du nerf dorsal de la verge ; — 13, pseudarthrose de l'avant-bras, suture des deux os ; — 15, double fracture de cuisse avec plaie, fracture du col. — Femmes : 1, ophthalmie catarrhale grave ; — 4, adéno-sarcome du sein ; — 14, fracture spontanée des deux fémurs ; — 17, périostite aiguë des deux fémurs ; — 18, grenouillette.

Service de M. Rigal. *Salle Beaujon* : 5 bis, cornage ; polype du larynx ; — 2, pneumonie caséeuse ; — 5, hémiparaplégie syphilitique ; 12, paralysie générale. — *Salle Sainte-Hélène* : Ophthalmies purulentes des nouveau-nés ; 8, cystite consécutive à une pelvi-péritonite. — *Salle Sainte-Monique* : 4, pelvi-péritonite ouverte dans le vagin ; — 10, zona du tronc et de la jambe.

Hôpital Lariboisière. — Service du docteur Tillaux : Examen des malades par les élèves. — Opérations le mercredi. — Saint-Louis (hommes) : N° 21, sacro-coxalgie ; — n° 23, fracture du bassin. — Saint-Augustin (hommes) : N° 1, luxation de l'extrémité externe de la clavicule ; — n° 9, luxation ancienne de la rotule (en dehors), kyste du creux poplité ; — n° 25, kyste séreux du creux sous-claviculaire, ponction. — Sainte-Jeanne (femmes) : N° 8, tumeur érectile artérielle très-volumineuse, opérée par l'anse galvanique ; — n° 10, cancer généralisé ; — n° 17, rétrécissement du rectum ; — n° 32, imperforation du vagin.

Service de M. Woillez. — Saint-Landry : N° 5, empoisonnement par l'acide carbonique ; — n° 15, pneumonie du sommet droit ; n° 24, fièvre typhoïde, hémorrhagie intestinale. — Sainte-Mathilde : N° 8, pleurésie ; — n° 15, 16, 18, 23, rhumatismes polyarticulaires, avec complications cardiaques.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Labbé — Salle des femmes : — 10, ostéite du tibia ; — 22, tumeur de l'abdomen. — Salle des hommes : — 17, fracture avec enfoncement de l'os iliaque ; — 27, tumeur de la base de la langue.

Service de M. Lasègue. — Cliniques les mardis, jeudis et samedis. — Salle des femmes : — 1, hystérie à forme spinale ; — 8, kyste de l'ovaire et péritonite ; — 9, péri-encéphalite ; — 32, mélancolie. — Salle des hommes : — 1, cirrhose hépatique et tuberculose ; — 4, épilepsie ; — 5, névralgie faciale ; — 19, ataxie locomotrice ; — 40, érythème noueux et épilepsie.

Service de M. Gallard. — Salle des femmes : — 1, ataxie locomotrice ; — 23, paralysie faciale *a frigore* ; — 34, hémorrhagie hystérique. — Interrogation des malades par les étudiants.

Hôpital Necker. — M. Potain. Salle St-Louis (H) : 5, inversion du cœur. 11, fièvre typhoïde grave au onzième jour (28 novembre) ; — 25, choléra entré le 25 novembre. — Salle Ste-Anne (F) : 26, insuffisance tricuspide ; — 27, Rein flottant.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique chirurgicale* : M. Duplay, le mardi à 9 heures et demie. — *Clinique médicale* : M. Peter, le samedi, à 9 heures et demie.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies de la peau.* — M. Lailler, le vendredi, à heures.

Enseignement médical libre.

Physique, chimie, histoire naturelle médicale. Cours pour la préparation au 3e examen de doctorat et au 1er de fin d'année. M. le Dr RABUTEAU commencera le 1er décembre à 4 heures. Durée de la préparation : un mois. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant : lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir ; — mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures du soir. On s'inscrit de 1 h. à 2, boulev. St-Michel, 38.

Cours élémentaire d'ophthalmologie. M. SICHEL commencera son cours lundi 1er décembre à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre no 3, de l'École pratique. Lundi et vendredi. Le cours comprendra une trentaine de leçons.

MORTALITÉ A PARIS. — (1,851,792 hab.). Pendant la semaine finissant le 21 novembre on a constaté 834 décès : variole, 0 décès ; — rougeole, 11, — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 22 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 32 ; — pneumonie, 50 ; — dysenterie, 5 ; — diarrhée cholériforme, des enfants, 0 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 4 ; — angine couenneuse, 7 ; — croup, 17 ; — affections puerpérales, 3 ; — affections aiguës, 245 ; — affections chroniques, 356 ; (dont 157 dus à la phthisie pulmonaire), — affections chirurgicales, 53 ; — causes accidentelles, 13.

LYON. — Du 3 au 17 novembre 272 décès. — Variole, 0 ; — scarlatine, 1 ; — Rougeole, 0 ; — Fièvres continues, 14 ; — Erysipèle, 0 ; — Bronchite aiguë, 9 ; — pneumonie, 8 ; — pleurésie, 0 ; dysenterie, 1 ; — diarrhée, 4 ; — cholérine, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse ; 2 ; — croup, 3 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections cérébrales, 32 ; — maladies du cœur, 23 ; — phthisie, 65 ; — catarrhe pulmonaire. 11 ; — autres maladies aiguës, 21 ; — autres maladies chroniques, 49 ; — affections chirurgicales, 24.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 3 au 9 novembre : 1,636 : variole, 0 ; — rougeole, 107 ; — scarlatine, 32 ; — fièvre typhoïde, 40 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite, 295 ; — pneumonie, 152 ; — dysenterie, 1 ; — diarrhée, 13 ; — choléra nostras, 0 ; — diphthérie, 4 ; — croup, 26 ; — coqueluche, 35.

CHOLÉRA. *Autriche.* — Vienne, 20 novembre 1873. — Pendant la semaine dernière, il ne s'est déclaré à Vienne que dix cas de choléra, dont cinq le premier jour, du 13 au 14 courant. C'est le même jour qu'ont eu lieu les trois décès qui font le total de la semaine. Un fait analogue s'est produit vers la fin de la semaine dernière dans la banlieue ; dans un village du district de Grossenzer, il y a eu en trois jours dix cas de choléra dont 5 mortels, puis l'épidémie y a de nouveau disparu.

Dans les autres districts, l'épidémie est presque complètement éteinte, on signale çà et là quelques cas isolés dans le district de Hernals. — Le total des malades actuellement en traitement dans les hôpitaux de Vienne est 3,069, tandis que le 13 il n'y en avait que 3,020 ; cette légère augmentation est due surtout à l'augmentation des affections catarrhales des voies respiratoires sous l'influence saisonnière, car l'état sanitaire de Vienne est en somme très-satisfaisant.

— Maintenant que le choléra peut être considéré comme éteint à Vienne, il est intéressant de récapituler le nombre total des cas de choléra et des décès survenus à la suite pendant cette épidémie. C'est le 4 avril que le premier cas de choléra a été constaté officiellement, le 10 novembre, on a declaré l'épidémie terminée ; celle-ci a donc régné à Vienne pendant 220 jours. Le nombre total des personnes atteintes s'élève à 4,841, le nombre des décès à 2,681 ; la mortalité a donc été de 55,38 0/0. La moyenne par jour a été de 22,01 cas et 14,41 décès ; ces chiffres montrent que cette épidémie ne peut être comparée ni par son extension, ni par sa gravité aux épidémies antérieures de choléra. (*Wiener med. Wochenschrift*).

CONCOURS. *Médaille d'or de l'Internat.* — Le concours s'est terminé de la façon suivante. MM. Rendu et J. Renaut en première ligne *ex æquo*. Le réglement déclarant qu'en pareille circonstance la médaille d'or est décernée au concurrent qui a déjà été lauréat, M. Rendu a obtenu la médaille d'or, M. J. Renaut la médaille d'argent. 1re mention, M. Campenon ; 2e mention, M. Coyne. — Voici quelles étaient les questions orales : Imperforation de l'anus ; — des péritonites par perforation.

Externat. 2e série d'épreuves : Furoncle ; — Cathétérisme de l'urèthre.

SOCIÉTÉ D'ELECTROTHÉRAPIE DE NEW-YORK. Le bureau de cette société est ainsi composé : Président, Mederith Clymer ; — Secrétaire, P. G. Corbally ; — Comité d'administration, G. M. Beard, W. R. Fischer et A. D. Rockwell.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. « *Avis.* MM. les étudiants sont prévenus que les cours et les examens du lundi 24 novembre n'auront pas lieu. » — Cet *avis*, on le voit, est bref ; ajoutons qu'il ne portait pas le cachet de la Faculté et qu'il était vierge de toute signature.

AIGUILLES RETIRÉES DU CORPS D'UNE FILLE HYSTÉRIQUE. — Le docteur Jackson a montré, à la Société médicale de Boston, une photographie représentant 300 aiguilles qui ont été retirées du corps d'une jeune fille hystérique, depuis le mois d'août 1872, jusqu'au mois de décembre, pendant son séjour à l'asile des aliénés d'Utica. Onze de ces aiguilles ont été extraites du corps, au moment de l'autopsie. (*Boston med. and Surg. Journal*, 1872, décembre).

ÉCOLE DE CHIRURGIE DENTAIRE. — M. Triviño vient de fonder à Madrid une école de chirurgie dentaire (*Genio medico-Quirurgico*, 21 octobre 1873).

EPIDÉMIE DE VARIOLE. — Une forte épidémie de variole vient de se déclarer en Espagne ; c'est surtout la province de Tolède qui a présenté le plus grand nombre de malades. (*Anfiteatro anatomico espanol*), 13 novembre 1873).

ERRATA. Page 286, colonne 2, ligne 41, au lieu de : mieux vaut... nous avions écrit : mieux vaud.. pour mieux *vaudrait...* un sage ennemi. — Page 291, col. 1, ligne 51, au lieu de semaine *lisez* mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'École de Médecine.

CHEVALIER (A.). — L'art de conserver la vue ; traité d'hygiène oculaire utile à tous. In-12 de 182 pages, avec 95 fig. dans le texte. 1 fr.

COLLINEAU. Examen de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés par la Société médico-pratique de Paris. — In-12 de 30 pages.

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE. 4e session, tenue à Lyon, un fort volume in-8o de 680 pages, prix 9 fr. Ce volume renferme les principaux articles suivants : des épidémies de variole, des ambulances en temps de guerre, des plaies par armes à feu, de la dépopulation en France, traitement de la syphilis, enseignement de la médecine et de la pharmacie en France, des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin, etc. Par les docteurs Teissier, Léon Lefort, Ollier, Diday, Trélat, Verneuil, Drysdale, etc.

FORT. — Agenda-annuaire ou guide pratique de l'étudiant, contenant la législation des facultés, l'emploi du temps de l'élève, le personnel, les cours et les prix de la Faculté et de M. Fort, la dissection, les cours libres de l'école pratique, les examens, les concours de l'externat et de l'internat, les journaux de médecine, les libraires et les écoles secondaires ; et, de plus, tout ce qui concerne les étudiants et médecins étrangers, les officiers de santé, les étudiants en pharmacie et les élèves sages-femmes. — Prix : 1 fr. 50.

HANDVOGEL. Traitement des affections du prépuce par l'ortalomie. In-8o de 32 pages, 1 fr.

LEGRAND DU SAULLE. — Pronostic et traitement de l'épilepsie ; mode d'emploi des bromures alcalins. In-8o de 24 pages. 1 fr. 50.

OAKLEY COLES. — Manuel de prothèse dentaire ou mécanique dentaire. Trad. de l'anglais, par le docteur G. DARIN. 1 vol. in-8o de 300 pages avec 150 figures dans le texte. 6 fr.

PIGNONI. Mémoire sur la litholyse, nouvelle opération chirurgicale ayant pour objet la dissolution intra-vésicale de la pierre. In 8o de 16 pages.

PIQUANTIN (A. P.) Des déviations utérines considérées comme obstacle à la fécondation. In-8o de 62 pages, 1 fr. 50.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

WEIR MITCHELL (S.). Des lésions des nerfs et de leurs conséquences ; traduct. de l'anglais par DASTRE, avec une préface par M. le professeur VULPIAN. 1 vol. in-8, de LVII — 408 pages. 8 fr.

Librairie J. B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, 19.

BERTHERAND (A.) — Organisation de l'éducation physique des enfants du premier âge. In-8o de 16 pages. 50 centimes.

JOUSSET (P.). Eléments de pathologie et de thérapeutique générales. In-8, de 244 p. 4 fr.

POINCARRÉ. Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux. Tome I. In-8 de 396 pages avec 32 figures intercalées dans le texte.

SEGUIN (Ed.). Thermomètres physiologiques et thermométrie mathématique, leur application à la médecine, à la chirurgie et à l'éducation. In-8 de 16 p.

FOLET (H.) Physiologie pathologique des convulsions fonctionnelles et en particulier du bégaiement. In-8o de 32 pages. Liége, H. Vaillant, rue St-Adalbert, 8.

ROBERT (J.) De la ligature de l'artère carotide externe, grand in-8o de 56 pages. Paris, Renou et Maulde, rue de Rivoli, 144.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 26 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 6 DÉCEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an .... 16 fr.
Six mois .... 8 »

JOURNAL DE MEDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois. **On s'abonne hors de Paris** dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

PATHOLOGIE EXTERNE

Etude sur quelques lésions du mesentère dans les hernies

Par **L. E. DUPUY**, interne des hôpitaux de Paris.

Lorsque le chirurgien est en présence d'un étranglement herniaire, son attention est d'abord attirée sur deux points, à savoir : l'irréductibilité et l'obstacle au cours des matières. Plus tard, un autre ordre de phénomènes frappera davantage son esprit et il s'inquiètera avant tout des lésions de la paroi intestinale, dues aux troubles apportés dans la circulation du mésentère par la constriction de l'anneau. La méthode expérimentale a jeté un jour nouveau sur la pathogénie de ces lésions en démontrant que la coloration noire, le ramollissement, la gangrène et la perforation de l'intestin pouvaient être produits sur les animaux par l'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Dans ces recherches, l'objectif principal a été l'intestin et on s'est peu préoccupé du *mésentère*. Les lésions de cette membrane, dans les hernies, ont cependant de l'importance dans un certain nombre de cas; nous nous proposons d'étudier quelques-unes d'entre elles qui ont un intérêt réel au point de vue clinique. Notre but sera suffisamment rempli si nous parvenons à démontrer qu'il existe à cet égard une lacune à combler dans la pathologie herniaire.

Les lésions du mésentère, envisagées surtout dans leurs rapports avec l'irréductibilité et l'étranglement des hernies peuvent être divisées en 3 classes : 1° lésions anciennes; 2° lésions traumatiques ou récentes ; 3° lésions spontanées ou dues à la constriction exercée par les anneaux. Bien que les observations trouvées par nous dans la science ne soient pas très-nombreuses, nous pensons néanmoins que le chiffre en est assez respectable pour établir que dans certaines hernies, les lésions du mésentère ont une importance égale, sinon inférieure, à celles de l'intestin lui-même et qu'elles méritent par conséquent de fixer l'attention.

I. *Des lésions anciennes du mésentère.* La simple inspection du vaste réseau vasculaire du mésentère indique suffisamment que la circulation sanguine doit y rencontrer de nombreux obstacles; ces vaisseaux si nombreux, à trajet long, irrégulier et tortueux, s'anastomosant à l'infini, exposés sans cesse à être comprimés par les viscères abdominaux, ne doivent pas toujours livrer au sang un passage bien libre et l'on comprend avec quelle facilité la moindre influence pathologique amènera la stase sanguine dans ce système.

Lorsqu'une anse intestinale assez volumineuse se trouve renfermée dans un sac herniaire, la partie correspondante du mésentère subira souvent, de la part de l'anneau, un degré plus ou moins grand de constriction : il en résultera le plus souvent une simple gêne dans la circulation mésentérique, ou plus rarement une réplétion considérable des veines mésentériques qui pourront même présenter des dilatations variqueuses. — Dans le premier cas, sous l'influence de la stase sanguine, le mésentère subit un accroissement de nutrition, se gorge de produits plastiques et finit par présenter un degré plus ou moins considérable d'épaississement et d'induration de ses parois.

Cet épaississement, qui peut atteindre un centimètre ou même plus, n'est pas très-rare dans les hernies anciennes. Les ganglions mésentériques peuvent également participer à l'hypertrophie : Quant à l'intestin, il reste à l'état normal — ainsi que nous l'avons constaté dans 3 autopsies, — ou bien ses parois présentent des altérations analogues à celles du mésentère. — Cela posé, il est facile de concevoir que lorsque l'anneau n'est pas très-large, la portion du mésentère faisant partie du pédicule de la hernie peut offrir un obstacle sérieux à la réduction lorsqu'il présente à un degré prononcé les altérations que nous venons d'étudier. Dans l'observation suivante, malgré la largeur de l'anneau qui avait 4 centimètres de diamètre, le mésentère, induré et hypertrophié au point de simuler l'épiploon, s'opposait à la réduction d'une hernie inguinale volumineuse. Cette circonstance n'avait pas échappé à M. PIEDVACHE qui communiqua le fait à la Société anatomique (1).

OBS. I. — *Hernie inguinale volumineuse ; altérations de l'intestin et du mésentère ; hémorrhagie intestinale intra-péritonéale.*

F..., 79 ans, maintenait avec un bandage, complétement réduite, la hernie volumineuse qu'il portait à gauche. Le 4 février, la hernie n'a pu rentrer depuis la veille ; le malade souffre peu. Tumeur piriforme occupant les bourses ; son pédicule, très-volumineux, se prolonge manifestement dans le canal inguinal gauche ; sa plus grande circonférence est de 46 cent. M. Broca, malgré des efforts méthodiques et prolongés, ne peut réduire la hernie. Le

(1) *Soc. anat.* 1864, p. 46.

malade prend 2 lavements avec chacun 4 grammes de tabac, puis un bain de deux heures. Vers 5 heures, F... fait rentrer lui-même sa hernie; l'interne de garde peut constater sa réduction complète, et appliquer un bandage contentif. Le lendemain matin 5, léger écoulement de sang par l'anus, le malade dérange son bandage, et la hernie sort de nouveau.

A la visite, l'hémorrhagie qui a été légère n'existe plus, et, à part la reproduction de la hernie, l'état du malade paraît bon.

Mais, vers deux heures de l'après-midi, l'hémorrhagie intestinale recommence, le pouls s'affaiblit, le malade pâlit et succombe en peu d'instants avec les signes d'une hémorrhagie abondante, sans que l'écoulement par l'anus ait été assez considérable pour expliquer la mort.

Autopsie (7 février). Dès l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de sang liquide et de couleur foncée; le péritoine en contient encore environ 350 grammes. L'état de la séreuse pariétale est parfaitement normal : mais les anses de l'intestin grêle, dans une longueur de 10 centimètres, offrent une surface violacée imbibée de sang; si on lave la surface séreuse, on la voit encore lisse, mais les vaisseaux sous-séreux sont gorgés de sang, et forment un lacis extrêmement serré. C'est bien d'eux que vient le sang contenu dans la cavité péritonéale, car il n'existe nulle part de perforation des parois intestinales. Tout le reste de l'intestin grêle et le gros intestin sont assez fortement congestionnés.

Le mésentère, d'une couleur rosée, présente dans tous les points de son étendue une épaisseur d'un centimètre, une dureté extrême; sa coupe le montre imbibé de sang, mais gorgé aussi de produits plastiques dont la date ne doit pas être récente : les ganglions mésentériques ont participé à l'hypertrophie générale. Les enveloppes de la hernie sont incisées; nous voyons que le sac contient, comme dans le péritoine, une certaine quantité de sang. L'anneau inguinal qui présente un trajet tout-à-fait direct, offre 4 centimètres de diamètre. La longueur de l'intestin grêle contenu dans la hernie est considérable (près de 80 cent.) La surface présente cette même coloration violacée que nous avons notée sur une partie de l'intestin contenu dans l'abdomen; ce qui donne à penser que cette dernière portion est celle qui a fait d'abord partie de la hernie, et a été réduite. *Une grande épaisseur de mésentère est aussi contenue dans le sac; il est altéré comme tout le reste; c'est lui qui avait été pris pour l'épiploon et l'on conçoit tout l'obstacle qu'il devait mettre à la réduction, malgré la largeur de l'anneau.* L'ouverture du tube intestinal permet de constater l'augmentation d'épaisseur de toutes les tuniques avec induration; cet épaississement est considérable dans les parties herniées. La cavité intestinale contient une grande quantité de sang liquide et de couleur foncée.

La muqueuse, épaissie comme les autres tuniques est ferme et se laisse difficilement déchirer; elle est le siége d'une injection très-fine qui lui donne une couleur uniformément rouge. En résumé, dit M. Piedvache, *l'épaississement du mésentère semble suffisant pour expliquer les difficultés éprouvées dans les réductions de la hernie.*

Un second point intéressant de cette observation est la mort du malade à la suite d'une hémorrhagie à la fois intestinale et péritonéale. L'auteur décrit les vaisseaux sous réserve de l'intestin. Gorgés de sang et formant un lacis excessivement serré, et c'est à eux qu'il rapporte la source de l'hémorrhagie. Nous regrettons que l'attention n'ait point porté également sur le système vasculaire du mésentère; cette membrane présentait à la coupe une surface imbibée de sang, d'où l'on pourrait conclure à l'existence de lésions vasculaires. Il nous semble même fort probable que ces lésions n'ont point dû être indifférentes à la production de l'hémorrhagie péritonéale.

Scarpa (1) signala, un des premiers, la dilatation variqueuse des veines du mésentère dans certaines entérocèles et eut l'occasion d'observer une hernie ombilicale où une veine mésentérique considérablement distendue, s'ouvrit spontanément et donna lieu à une hémorrhagie considérable dans le sac. Les différents détails de cette observation sont trop rares et trop intéressants, pour que nous ne les résumions ici, au moins en quelques lignes.

Obs. II. *Hernie ombilicale. — Dilatation des veines du mésentère. — Rupture d'une grosse veine mésentérique; hémorrhagies graves. — Mort.*

A l'âge de 12 ans, cette femme eut un abcès de l'ombilic qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de liquide jaunâtre. A 21 ans, sans cause connue, survint, à l'endroit de l'ancienne cicatrice, une petite tumeur qui augmenta progressivement et acquit le volume d'une noix. La malade y ressentit d'abord un fourmillement incommode et ensuite des espèces de frémissements sensibles au toucher, tout à fait semblables à ceux que présentent les varices anévrysmales.

A l'âge de 25 ans, étant occupée à laver du linge, la malade, probablement sous l'influence d'un effort, sentit sa petite tumeur s'ouvrir tout d'un coup et donner issue à une grande quantité de sang qui s'échappait par un jet rapide et non interrompu. Au bout de 3/4 d'heure, syncope : l'hémorrhagie s'arrêta.

A la première sortie du lit, l'hémorrhagie se reproduisit et ne fut arrêtée que par une compression maintenue pendant 1 heure. Une 3e hémorrhagie mit la malade au comble de l'épuisement. — Transportée à l'hôpital le 7 février, on fit la ligature d'une veine dilatée et superficielle et l'on appliqua un appareil compressif. Au bout de 3 jours, l'hémorrhagie se reproduisit, mais fut arrêtée sur le champ.

5 Mars. Eschare gangréneuse de la largeur d'un sou au lieu de la tumeur. Le 7 du même mois, l'eschare s'étant détachée, il sortit de la plaie une grande quantité de matières fécales et il s'établit un anus contre nature. Mort le 9 mars dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes.

Autopsie. On s'assure d'abord que la veine liée n'avait aucun rapport avec le fond de la plaie située un peu au-dessous de l'ombilic. — La dissection des artères et veines épigastrique et mammaire interne prouve qu'elles n'ont eu aucune part à l'hémorrhagie.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve l'intestin et l'épiploon réunis en un paquet adhérent au péritoine pariétal (adhérences anciennes.)

Dans la région ombilicale, paquet d'intestin grêle, adhérent de la manière la plus intime, dans une étendue de 3 pouces au péritoine pariétal et particulièrement à l'endroit correspondant au fond de la plaie. Dans le même endroit, l'iléon était percé et communiquait avec la plaie extérieure; il n'offrait aucune trace d'inflammation ni même de gangrène attendu que l'eschare s'était détachée complétement plusieurs jours avant la mort. On pouvait introduire l'extrémité du doigt dans la crevasse de l'intestin et la promener en tous sens dans l'intérieur du canal, sans rencontrer aucun obstacle — ce qui explique pourquoi la malade n'avait jamais cessé de rendre les matières fécales par les voies naturelles.

En pressant entre les deux doigts la portion du mésentère qui soutenait l'intestin ouvert, Scarpa sentit profondément, à travers la graisse dont ce repli membraneux était surchargé, un corps cylindrique très-épais, qui se dirigeait vers la plaie extérieure. Il sépara soigneusement ce corps d'avec la graisse abondante qui l'environnait de toute part et il reconnut que c'était une veine du mésentère énormément distendue par des caillots de sang; elle avait au moins le double du volume d'une grosse plume à écrire. Après y avoir fait une ouverture avec une lancette, Scarpa introduisit dans sa cavité une grosse sonde qui, poussée de dedans en dehors, sortit librement par la plaie extérieure entre l'intestin et le péritoine, à travers une ouverture d'environ 2 lignes de diamètre. Toutes les autres branches des veines mésentériques étaient plus volumineuses que dans l'état naturel, sans en excepter les veines hémorrhoïdales internes. Mais aucune n'était aussi énormément distendue que celle qui s'ouvrit dans le fond de la petite tumeur située au-dessous de l'ombilic.

L'interprétation de Scarpa, en présence de ces faits singuliers, fut la suivante : le premier abcès de l'ombilic qu'il observa aurait été précédé d'une petite hernie de la ligne blanche et l'issue des matières fécales aurait amené une suppuration qui détruisit peu à peu le sac herniaire et amena ainsi une première guérison. — Il faut certainement attribuer à la disposition cicatricielle qui persista chez cette malade l'existence d'un obstacle sérieux à la circulation mésentérique. Consécutivement survinrent la dilatation du réseau veineux du mésentère et la formation de la varice anévrysmale d'une grosse veine mésentérique dont la rupture causa les hémorrhagies qui entraînèrent la mort.

C'est également à ces graves lésions du mésentère qu'il faut imputer la gangrène de l'intestin et l'anus contre nature déterminé par la chûte de l'eschare.

Cette observation n'est-elle pas des plus concluantes, et ne suffit-elle point pour prouver l'importance clinique de certaines lésions mésentériques? Celles-ci n'ont été reconnues qu'à l'autopsie dans le cas particulier de Scarpa et il nous semble inutile d'insister sur toutes les difficultés que présentait le diagnostic.

Cependant ne serait-il pas possible, maintenant que l'attention est attirée sur ce point, de reconnaître sur le vivant, dans un cas analogue, la véritable cause de ces hémorrhagies et d'intervenir plus efficacement que ne l'a fait Scarpa?

Les deux classes de lésions que nous venons de signaler, à savoir l'épaississement du mésentère et l'état variqueux de ses vaisseaux ont une raison d'être dans certaines conditions anatomo-pathologiques que nous avons déterminées : aussi, quoique rarement portées à l'exagération comme dans les deux cas que nous avons cités, se rencontrent-elles souvent à un degré moins prononcé. Alors leur rôle est plus secondaire et s'efface devant l'importance des lésions intestinales. Ces faits étant parfaitement connus, il nous semble superflu d'y insister davantage. *(A suivre).*

(1) Scarpa. — *Traité des hernies*, p. 389.

CLINIQUE MÉDICALE

Trois observations de rage humaine ; réflexions.

Par **L. LANDOUZY**, interne des hôpitaux de Paris (1).

« Dans un grand nombre de circonstances, dit M. Bouley (2) » le plus grand nombre peut-être, les accidents rabiques, qui » viennent trop souvent jeter dans la Société les plus profonds » désespoirs, procèdent surtout de ce que les possesseurs de » chiens dans *l'inscience* où ils se trouvent, faute d'avoir été » suffisamment éclairés, ne savent pas se rendre compte des » premiers phénomènes par lesquels se traduit l'état rabique » du chien, état presque toujours inoffensif au début ; profiter » des avertissements que leur donnent, par des signes non-» douteux et facilement intelligibles, leurs malheureux » animaux, et prendre enfin à temps les mesures à l'aide des-» quelles il leur serait possible de prévenir des désastres mena-» çants. *L'Inscience*, voilà la cause du mal, voilà ce à quoi il » faut remédier. »

L'Inscience voilà la cause de la mort de nos trois malades atteints de la rage dans les conditions les plus tristes puisqu'ils ont été mordus chez eux, par leurs propres chiens. Nul doute que si ces malheureux eussent connu *ce que tout possesseur de chien devrait connaître*, les signes de la rage canine, nul doute qu'ils ne fussent pas restés sans crainte et sans défiance en face de l'allure *nouvelle* de leurs animaux et qu'ils se fussent autrement inquiétés de voir leurs chiens devenir méchants, hargneux (observ. 1, 2) ou malade (observ. 3) —Nul doute non plus qu'ils n'eussent eu recours à la cautérisation si on leur eût jamais enseigné qu'elle seule peut empêcher les effets de l'inoculation virulente.

Dans ces trois cas, la maladie a suivi sa marche ordinaire et fatale. Notons, qu'à aucun moment, les membres mordus n'ont été le siége d'aucun phénomène objectif ou subjectif, rougeur, tuméfaction, cuisson ou douleur.

Pas une seule fois, nos rabiques n'ont cherché à mordre : si nous relevons ce fait, ce n'est pas qu'il ne soit très-ordinaire comme le démontre la lecture de la plupart des observations, c'est qu'il n'est pas généralement admis. Non-seulement, on s'imagine communément que les malades mordent, mais, on est persuadé que leur morsure donnerait la rage. A cette croyance, les hydrophobes doivent d'inspirer, aujourd'hui encore, plus de frayeur que de pitié. Il est utile, à plus d'un titre de combattre ces frayeurs qui entretiennent dans le public ce bruit absurde que tout enragé est, dès son entrée à l'hôpital, étouffé entre deux matelas !

Dans l'intérêt des malades, dans l'intérêt même des personnes qui, à un titre quelconque, appartiennent aux services hospitaliers, on doit dire et répéter hautement que les enragés ne sont ni plus ni moins dangereux que les autres malades agités ou hallucinés, et que, viendraient-ils, par exception, à mordre, aucun fait probant n'autorise à admettre que la rage se communique de l'homme à l'homme.

Parmi les symptômes observés, un seul, la température prise avant et pendant l'asphyxie, doit nous arrêter un instant la température n'est pas descendue une seule fois au-dessous de 38° et, par le fait de l'asphyxie, elle a dépassé 43°. Nous notons ces chiffres parce qu'ils nous empêcheraient (3), à défaut d'autres raisons, d'accepter, pour l'homme au moins, le rapprochement qu'on voudrait établir, chez le chien, entre la *rage* et l'*urémie*.

Rudenew (4) vient de décrire dans la rage canine une inflammation parenchymateuse rénale caractérisée par une altération de l'épithélium des tubulis, altération qui aboutirait à la disparition de cet épithélium et à la réplétion des tubes urinifères par des masses granulo-graisseuses. Se fondant sur la grande ressemblance qu'ont ces lésions avec celles de l'urémie, l'auteur incline à penser que les accidents rabiques sont de nature urémique.

Conclure d'une néphrite parenchymateuse à l'urémie pourra paraître hasardé ; n'observe-t-on pas, chez l'homme au moins, dans certaines périodes des maladies graves, fièvre typhoïde, diphthérie, rougeole, etc., etc., un degré plus ou moins intense de néphrite catarrhale sans que des accidents urémiques s'ensuivent. Cette assimilation des accidents rabiques aux accidents urémiques, n'est pas, du reste, une nouveauté, on la trouve dans le mémoire (1) de Schivardi, secrétaire de la commission de la rage, instituée près l'hôpital de Milan.

L'opinion de Schivardi s'appuie sur une seule observation, celle d'une enfant chez laquelle, après une électrisation de 58 heures, on vit « l'ensemble des symptômes de l'hydrophobie s'accroître, pour la première fois, d'un symptôme nouveau : » odeur ammoniacale répandue dans la chambre — coma — » frissons alternant avec des sueurs chaudes. »

Pour l'auteur, l'hydrophobie est une intoxication qui aboutit à une toxémie, laquelle, dans sa première phase, donne des phénomènes nerveux et, dans sa seconde phase (celle-ci ne se montre que si les premiers accidents sont vaincus par l'électricité) des phénomènes comateux dus à ce que l'urée du sang est convertie en carbonate d'ammoniaque par le virus rabique qui n'est autre chose qu'un ferment. Celui-ci vient se déposer, avec la salive, dans les tissus pour y rester jusqu'à ce qu'il ait trouvé les matériaux nécessaires pour se développer et multiplier, et puis, il jette dans le sang toute sa hideuse famille ! Celle-ci doit avoir une spéciale prédilection pour l'urée du sang ou pour toute autre substance qui, en se décomposant, puisse donner de l'ammoniaque.

Cette théorie si dramatique, si séduisante par sa simplicité, s'appuie sur une seule observation ; encore, celle-ci renferme-t-elle des lacunes. Nous manquons de renseignements sur la température, sur la présence ou l'absence de l'albumine dans l'urine, sur l'état des reins, etc. Les accidents urémiques ne sont pas cliniquement prouvés d'une façon telle qu'on ne puisse soulever quelques points de doute.

Nous ne voyons, pour notre part, rien qui autorise, quant à présent, l'opinion de Schivardi, car, ni la température, ni l'examen des urines, ni l'état des reins, sans compter la marche et l'allure de la maladie, ne permettent de penser que les accidents rabiques, chez l'homme, relèvent de l'anatomie et de la physiologie pathologique de l'urémie.

Au surplus, l'observation du médecin italien n'est pas la seule où la sédation plus ou moins notable des phénomènes nerveux ait été obtenue, et cependant, *les accidents de la nouvelle phase*, les accidents dits urémiques, ne se sont pas montrés. C'est ainsi qu'un malade (2), chez lequel M. Oré injecta dans les veines 800 grammes d'eau, mourut seulement trois jours après, au milieu d'un calme parfait. C'est ainsi encore que M. P. Arnaud (3) trouva une action sédative très-marquée dans le chloral injecté en trois fois par le rectum : la mort n'eut lieu que le troisième jour.

Ces dernières tentatives thérapeutiques qui semblent avoir apporté un véritable soulagement méritent d'être poursuivies : aujourd'hui encore, nous en sommes réduits à soulager les derniers instants des malades et à demander à la prophylaxie le traitement de la rage. Plus que jamais, il faut vulgariser et les caractères de la rage canine et la nécessité de recourir à la cautérisation..... sous peine de mort.

« Il est impérieusement commandé à l'administration, dit « M. Vernois (4), d'éclairer le public sur les dangers attachés » aux substances ou aux animaux dont chaque citoyen peut « être détenteur. On dit à tous ceux qui, par état ou par bon « vouloir, ont de la poudre : prenez garde à l'incendie, à l'ex-« plosion, mettez votre poudre à l'abri du feu, vous pourriez « être tué vous et vos voisins. »

Pourquoi, les avertissements que l'administration donne, dans l'intérêt de tous, à ceux qui détiennent ou manient la

(1) Voir les n°s 23 24 et 25 du *Progrès Médical*.
(2) H. Bouley. — *Rapport sur la rage.* (*Bulletin de l'Académie de Méd.*, *1863*.)
(3) Bourneville. — *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.*
(4) *New-York medical journal*, octobre 1871, analyse in *Lyon Médical*, T. IX, 1872.

(1) *Bulletin de la Société de médecine de Besançon*, 2e série 1867, p. 20.
(2) Dr Lande. — *Bordeaux médical*, *1872*, *p.* 73.
(3) *Lyon médical*, *1872*, *T. XI*, *p. 182*.
(4) *Annales d'hygiène publique*, *1863*, *T. XIX*, *p. 38*.

poudre et le pétrole, pourquoi, ces avertissements ne les prodigue-t-on pas à ceux qui possèdent des chiens?

Des tentatives, nous le savons, ont été faites pour vulgariser les caractères de la rage et les moyens efficaces d'annuler son action : malgré ces tentatives, il s'en faut que le public soit averti et nous assisterons plus d'une fois encore au triste spectacle que nous ont donné nos trois malades. Nous reverrons plus d'un malheureux abriter sous son toit un chien inquiet, triste, agité, hargneux, à la voix rauque, sans que ces changements dans le caractère et les allures de l'animal, éveillent la moindre défiance chez le maître... *non prévenu*.

Ces terribles dangers auxquels, tous, plus ou moins, nous sommes exposés, seront conjurés le jour seulement où les caractères de la rage se répandront dans le public, le jour où la connaissance de ces caractères (pour employer un mot aussi familier qu'expressif) *courra les rues*.

Pour obtenir cette vulgarisation, pourquoi, comme le demande la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux (1), une instruction précise ne serait-elle pas insérée, plusieurs fois l'an, dans les journaux départementaux, une fois par mois, dans le *Moniteur des Communes*?

Nous croyons que le jour où la presse voudra entreprendre une campagne en règle contre la rage, nous croyons que la rage sera vaincue, surtout si le gouvernement s'impose l'obligation d'imprimer une instruction précise au verso du récépissé de l'impôt sur les chiens et au verso du permis de chasse.

La réalisation de cette idée aussi simple que pratique est recommandée pour l'Angleterre, où la rage devenait plus fréquente, par Fleming, qui place la vulgarisation des symptômes en première ligne des moyens préservatifs (2).

Tous les auteurs qui ont le mieux étudié la question mettent leur confiance dans cette vulgarisation qu'ils jugent bien autrement efficace que tous les moyens et règlements de police essayés jusqu'à ce jour, bien autrement efficace, par exemple, que la muselière dont l'innocuité est discutée, dont l'efficacité surtout est atténuée par ce fait que jamais la muselière n'est portée dans les maisons où germe, si elle ne nait pas, et se développe le plus souvent la rage.

Nous pensons qu'il n'y a pas grand' chose à attendre non plus de ce moyen plus radical que pratique d'un vétérinaire de l'armée italienne (3) qui, partisan convaincu de l'opinion ancienne qui voit dans la rage le résultat « des appétits génitaux excités et non satisfaits » propose d'interdire la possession des chiennes.

Nous croyons d'abord que soustraire les chiens au voisinage des chiennes ne supprimera pas le rut: nous croyons que cette mesure ira même à l'encontre de son but, et nous appuierons notre dire sur cet argument emprunté à l'auteur lui-même, que la rage semble moins fréquente dans les pays où subsiste la proportion naturelle des sexes. Aussi, n'est-ce pas sans étonnement, qu'on voit l'auteur, après avoir admis que la rage est moins commune, inconnue peut-être, en tout pays où les sexes sont en proportion équivalente, demander une mesure de police qui supprime, en fait, tout une moitié de la gent canine!

M. Leblanc (4) rappelant, qu'en France, la rage est quatre fois et demie plus fréquente chez le chien que chez la chienne, (chez nos trois malades, la rage a été donnée par des chiens), propose d'imposer le chien d'une somme double de la chienne. C'est là, croyons-nous, pour arriver à diminuer le nombre des chiens, un moyen bien plus pratique que la mesure demandée par Bertacchi.

Pour M. Leblanc encore, la vulgarisation des symptômes de la rage est un des meilleurs moyens à employer pour diminuer la rage, aussi, croyons-nous très-utile d'engager nos lecteurs, à lire la conférence faite par M. Bouley (1) sur les caractères distinctifs de la rage du chien, à ses différentes périodes, et des moyens propres à prévenir sa propagation.

Outre que cette description sommaire et précise sera pour nos lecteurs un chapitre de pathologie comparée, sa lecture les mettra à même de se préserver, eux et leur entourage, des atteintes de la plus redoutable des maladies virulentes.

(1) Conclusions du rapport de la commission de la rage. — (*Bordeaux médical, mai 1872, p. 98.*)

(2) Fleming. — *Rabies and hydrophobia*, ouvrage présenté, avec analyse, à l'*Académie de Sciences, 14 octobre 1872*, par H. Bouley.

(3) *La rabbia canina vinta nella propria causa. Etiologia e profilassi.* Bertacchi Torino 1872.

(4) Documents pour servir à l'histoire de la Rage. (*Académie de Médecine*, séance du 10 juin 1873.)

(1) *La rage, moyens d'en éviter les dangers et de prévenir sa propagation*, par H. Bouley. Paris-Asselin 1870, pages 80 à 87.

Hémorrhagie et ramollissement de la protubérance,

par **M. GUILLAUME.** (2)

Autopsie. — L'*arachnoïde* est considérablement épaissie (alcoolisme) et la pie-mère est fortement vascularisée. — La substance cérébrale est ferme; la substance blanche légèrement sablée. — On fait une coupe sur la *protubérance* suivant la ligne médiane et on trouve sensiblement au centre de cet organe, mais cependant en se rapprochant de sa face supérieure, une *petite cavité* d'où s'écoule, à la coupe, un liquide légèrement trouble, peu abondant. Cette cavité a une forme triangulaire, à sommet dirigé en avant; sa hauteur est d'environ un centimètre, sa profondeur moyenne est également d'un centimètre; cette profondeur s'étend à droite, car, à gauche, on ne remarque qu'une petite tache irrégulière d'un brun rougeâtre qui semble former la paroi de la cavité. Les bords de cette *lacune* sont d'un brun rougeâtre et de consistance assez molle. — Tout autour, et dans une épaisseur de 1 à 2, 3 millimètres, la substance nervense semble un peu ramollie. Le fond de la lacune est anfractueux et semble contenir deux petits îlots de substance qui ont offert plus de résistance à la liquéfaction.

Au microscope, le liquide interlacunaire n'offre à l'examen qu'une quantité notable de cellules rondes, volumineuses, remplies de noyaux peu transparents (corpuscules de Gluge) et, de plus, une certaine quantité de globules blancs. A la périphérie dans la substance des parois, suivant l'étendue plus haut citée de 1 à 3, 4 millimètres, on trouve également des corpuscules de Gluge et quelques fragments de tubes nerveux. — Rien dans le reste du cerveau.

Le *poumon droit* est totalement hépatisé. — *Cœur* : diamètre transversal 0, 10 c. en hauteur 0, 12 c. — *Foie* hypertrophié et gras. — *Reins* gras, fortement injectés.

Appréciation. — Quoique nous nous soyons trompés sur la nature de la lésion qui est un *ramollissement lacunaire* et non une tumeur syphilitique, l'autopsie confirme cependant le diagnostic que j'avais cru devoir porter. J'avais seulement placé ce siége un peu trop en haut et en dehors. Mais la lésion est bien dans la protubérance et à droite; ce dernier fait a été établi par une mensuration exacte par rapport au diamètre transversal du mésocéphale. J'étais d'ailleurs parti de cette donnée, admise par un grand nombre d'anatomistes, que le noyau de la 3e paire se trouve dans le pédoncule cérébral.

Comment expliquer maintenant, avec le siége réel, déterminé par l'autopsie, la lésion du moteur oculaire commun droit? Il est évident que si l'on admet que ce nerf a son noyau dans le pédoncule, comme le pédoncule était intact, il faut admettre que ce noyau possède des fibres commissurantes, qui le relient, à travers la protubérance, soit à son congénère, soit au noyau de la 6e paire du côté opposé. C'est alors la lésion de ces fibres qui a amené la paralysie *réflexe* du nerf (?). Toute explication ne serait ici qu'une hypothèse, aussi nous contentons-nous d'exposer le fait : la lésion d'un centre nerveux peut retentir sur un centre voisin, isolé, au point d'en déterminer la paralysie, sans que ce second centre soit atteint directement par la lésion.

Un autre fait qui ressort de cette autopsie, c'est que la décussation du facial se fait soit dans les parties antérieures, soit dans la partie postéro-inférieure du mésocéphale vers le bulbe. Il y avait paralysie du facial gauche; il était donc atteint avant la décussation. Si en effet la lésion avait envahi la décussation, les deux faciaux eussent offert des désordres parallèles. La même observation est applicable aux fibres centrales de l'hypoglosse (aphasie) dont la décussation se fait sans doute déjà dans le bulbe.

La transmission de la sensibilité des membres gauches,

(2) Voir le n° 25 du *Progrès Médical*.

paraissait peu atteinte, sans doute à cause du pouvoir dispersif de la substance grise, qui, bien qu'elle dût être en partie atteinte par cette lésion centrale, put suffire par dispersion (anastomose cellulaire) aux besoins de la sensibilité des membres. La lésion atteignait au contraire les trijumeaux dans leur noyau et leurs fibres commissurantes elles-mêmes : perte de sensibilité à gauche, diminution à droite.

Quant à la nature de la lésion, c'est évidemment un ramollissement lacunaire. — Mais quelle est son origine, et en second lieu, jusqu'à quel point cette lésion justifie-t-elle la première hémiplégie, *droite* cette fois, pour laquelle le malade était entré à l'hôpital? question d'une solution difficile. Tout au plus peut-on penser, — et ce n'est qu'une supposition toute gratuite — que : 1° Il y a eu un léger foyer hémorrhagique en ce point de la protubérance, foyer duquel est résultée une compression subite, attaque apoplectiforme dont les effets se sont fait plus vivement sentir sur la portion gauche de l'organe, d'où hémiplégie droite ; — 2° que ce foyer aura subi des transformations régressives — (infiltration des bords du foyer par la matière colorante du sang, liquéfaction des globules sanguins, des débris de la substance nerveuse, d'où formation de corpuscules de Gluge) ; 3° une encéphalite circonscrite qui a rapidement atteint dans leur vitalité les éléments voisins ; ainsi s'expliquerait la seconde hémiplégie et la terminaison fatale. Cette hypothèse d'encéphalite a du moins pour elle l'existence de leucocytes (globules de pus, jeunes cellules, néoplasie inflammatoire.)

Entre les deux hémiplégies est survenue une pneumonie droite. — L'attention est éveillée depuis quelque temps sur ces pneumonies dont s'accompagnent les hémiplégies. — Ici il est évident qu'elle est liée aux désordres nerveux, car le malade l'a contractée dans la salle, dans des conditions où il est très-rare de contracter des pneumonies. — Mais vu la nature et le siége de la lésion, de plus l'existence presque concomitante de deux hémiplégies, il serait assez difficile de tirer quelque conclusion, quelque rapport enre le côté hépatisé et le côté hémiplégié La pneumonie est survenue au moment où la première hémiplégie était très-amendée. Il est en outre à remarquer que cette lésion n'a pas produit une *hémiplégie alterne*. (1)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des douleurs fulgurantes et de la névralgie ano-périnéales.

Dans ses *Leçons cliniques sur les anomalies de l'ataxie locomotrice*, faites à la Salpêtrière durant l'été de 1872 et publiées la même année, M. Charcot a insisté sur un groupe de symptômes qu'il désigne sous le nom de *symptômes viscéraux tabétiques*, et il a décrit plus particulièrement, entre autres, les *douleurs vésicales, uréthrales et rectales* qui s'observent quelquefois dans l'ataxie. L'attention étant éveillée sur ce sujet, on devait s'attendre à voir se produire bientôt de nouveaux faits. C'est en effet ce qui est arrivé : M. S. Weir Mitchell rapporte les deux suivants dans une note publiée tout récemment (2).

X.... âgé de 38 ans, ataxique depuis une douzaine d'années a eu, pendant toute cette période, de fréquentes attaques de douleurs fulgurantes dans les jambes et les bras. De plus, une fois par mois, il était pris d'une douleur déchirante à l'anus et au périnée. Cette douleur, qui n'avait aucune relation avec l'état de l'intestin, se produisait dès que le malade était au lit. Au bout d'une demi heure de souffrances, les muscles de l'anus se mettaient à trembler, à *travailler*, pour employer l'expression du malade, et bientôt la crise était terminée. Rarement la douleur persistait plus longtemps ou reparaissait dans le courant de la nuit. La glace, appliquée localement, ne tardait pas à amener quelque soulagement.

Dans le second cas, la douleur, qui ne s'accompagnait pas de spasmes, était également nocturne. — Dans un troisième cas, la névralgie anale était légère, mais fréquente : elle cessa avec les douleurs fulgurantes des membres.

Cette manifestation spéciale, quant au siége, des douleurs fulgurantes, n'est pas absolument rare. Une des malades du service de M. Charcot éprouvait encore, il y a 3 ou 4 mois, des douleurs fulgurantes lancinantes à la partie inférieure du rectum et sur les bords des *grandes lèvres*. Elles étaient moins intenses que celles des membres, n'étaient pas compliquées de spasmes et disparaissaient au bout d'une heure ; enfin elles n'étaient liées à aucun trouble des fonctions du gros intestin.

Quelquefois, et c'est là un point très-important pour le diagnostic, ces douleurs viscérales se montrent avant tout autre symptôme de l'ataxie locomotrice progressive, ainsi que l'enseigne M. Charcot. Voici, par exemple, ce qu'il a observé chez un de ses malades de la ville, M. C... :

« Les douleurs rectales ont précédé de 7 ou 8 mois la manifestation des accès de douleurs fulgurantes, qu'elles ont accompagnées par la suite. Elles se déclaraient subitement et étaient marquées par une sensation comparable à celle que déterminerait l'intromission brusque et forcée d'un corps volumineux dans le rectum. C'est ainsi que le malade les dépeignait, et il ajoutait qu'à la fin de l'accès survenait toujours un besoin pressant d'expulsion et parfois même une expulsion effective des matières fécales. Ces accidents se reproduisaient d'ordinaire 2 ou 3 fois par mois ; il s'y adjoignait habituellement un besoin fréquent d'uriner, avec douleurs durant l'émission. Pendant plusieurs mois le cathétérisme et l'examen rectal furent maintes fois pratiqués sans qu'on soupçonnât la nature du mal. Ce n'est que beaucoup plus tard que l'apparition des douleurs fulgurantes vint éclairer la situation. »

Cette sorte de névralgie n'est pas sous la dépendance exclusive de l'ataxie locomotrice ; elle s'observe dans d'autres circonstances, à la suite d'excès vénériens ou comme conséquence de l'onanisme. M. S. Weir Mitchell rapporte plusieurs cas intéressants de cette forme, en quelque sorte idiopathique, de la névralgie ano-périnéale.

—X..., 18 ans, vit survenir ses accès douloureux à la suite d'habitudes solitaires. Lorsqu'elle se présentait — et c'était surtout après les excès d'onanisme — la douleur suivait la pollution. Une pression énergique sur le périnée, apportait quelque soulagement. La névralgie s'amenda après la cessation du *self-abuse* ; enfin, elle disparut entièrement grâce à un long traitement par les toniques et les bains de mer.

—X..., marié depuis trois mois, vit la névralgie apparaître consécutivement à des excès conjugaux. La douleur débutait à l'anus puis s'étendait au périnée ; il y avait, en outre, un léger spasme. Plus de modération dans les « rites conjugaux » suffit pour éloigner peu à peu les accès qui, aujourd'hui, ont cessé tout à fait.

— Chez un célibataire continent, âgé de 35 ans, la douleur revint presque chaque nuit pendant deux semaines et fut vaincue par les suppositoires de belladone et d'opium. Les spasmes, continus, très-pénibles, se compliquèrent, dans ce cas, de douleurs plus profondément situées, siégeant dans le rectum.

La *névralgie ano-périnéale* peut donc être *idiopathique* ou *symptomatique*. M. S. Weir Mitchell l'a rencontrée seulement chez les hommes ; mais la forme symptomatique, tout au moins, existe également chez les femmes. L'intérêt qu'offre cette névralgie, au point de vue du diagnostic et du pronostic, ne fait aucun doute ; en effet, les douleurs rectales, anales et périnéales, peuvent constituer un signe avant-coureur de l'ataxie (Charcot) et, tandis que la névralgie idiopathique cède aux agents thérapeutiques (applications de glace, belladone et opium, etc.), la névralgie ano-

(1) Les applications de la physiologie à la pathologie, dont M. Guillaume a accompagné l'observation qui précède, méritent d'être imitées. Toutefois, il est bon de ne pas aller trop loin dans cette voie ; car il est encore bien des points qui sont discutables.

(2) *Anal and Perineal Neuralgia* in *Philadelphia Medical Times* (19 juillet 1873) et *New-York Medical Journal* (septembre 1873, p. 326).

périnéale symptomatique résiste aux médications ordinaires (S. Weir Mitchell).

La douleur, dans chacune ne ces formes, n'est pas absolumeut la même. Dans la *forme symptomatique*, la douleur a les caractères ordinaires des douleurs fulgurantes ; après une durée pouvant varier de quelques heures à un ou deux jours, elle disparaît tout-à-coup, pour ne revenir qu'au bout de plusieurs semaines ou plusieurs mois. Dans la *forme idiopathique*, la douleur a les caractères et la marche de toutes les névralgies ; elle présente des exacerbations paroxystiques ; — après avoir persisté un temps plus ou moins long, elle diminue en général peu à peu ; jamais elle ne disparaît en quelque sorte subitement comme les douleurs fulgurantes ano-périnéales. Ces caractères serviront à distinguer l'une de l'autre ces deux formes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 novembre. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. CORNIL continue la communication qu'il avait commencée dans une précédente séance sur les altérations des canaux biliaires et sanguins dans la cirrhose. Il a déjà parlé des canaux biliaires, il s'occupera aujourd'hui des vaisseaux sanguins.

Et d'abord on peut constater, dans la cirrhose, une inflammation chronique de la séreuse. Cette péritonite est caractérisée par un état velvétique et papillaire du péritoine ou même par un simple aspect dépoli. Ces végétations peuvent avoir 1/4 de millimètre à 1 millimètre ; elles se terminent par des tractus, des prolongements en pointe qui parfois s'anastomosent et forment des anses. Au microscope, on reconnaît qu'elles sont constituées par des lamelles de tissu conjonctif recouvertes de cellules plates. L'épithélium qui revêt les papilles est semblable à celui du péritoine ; il n'en diffère que par une certaine tuméfaction des cellules.

Les papilles s'implantent sur la capsule de Glisson et leur tissu conjonctif est continu avec celui de cette membrane. Elles sont parcourues par des vaisseaux qui communiquent avec les réseaux de la veine-porte, de telle sorte que les dilatations vasculaires que j'ai observées dans la cirrhose sont en relation avec les canaux sanguins des végétations péritonéales. Du reste ces végétations, par leur développement, établissent des adhérences entre le foie et les organes voisins.

Sur les préparations de cirrhose que j'ai faites, j'ai constaté nettement la présence de dilatations vasculaires, dans toute l'épaisseur du foie tellement qu'au premier abord on aurait pu croire à l'existence d'une tumeur sanguine. Les vaisseaux dilatés venaient aboutir à un tissu caverneux creusé dans le tissu conjonctif. Les vacuoles sont remplies de sang, à parois minces, peu résistantes, formées de fibrilles et de tissu embryonnaire que revêtent des cellules plates. D'ailleurs les cellules hépatiques n'avaient pas disparu, mais étaient aplaties, allongées et perpendiculaires à la direction des vaisseaux.

On le voit, d'après ces recherches les vaisseaux biliaires et sanguins n'offrent pas, dans la cirrhose, les altérations que la théorie des inflammations interstitielles avait édifiées. Ne décrivait-on pas une atrophie, un étouffement des cellules hépatiques, des canaux biliaires et sanguins par l'envahissement du tissu conjonctif ? Or nous avons trouvé des réseaux biliaires dans l'épaisseur des lobules conjonctifs, des vaisseaux sanguins dilatés dans les trabécules et s'ouvrant dans des vacuoles du tissu conjonctif.

M. ONIMUS établit, par une série d'expérience, ce fait, déjà indiqué par M. Davaine, que le sang naturellement septicémique, c'est-à-dire provenant d'un animal mort de septicémie est plus toxique que le sang rendu septicémique par l'addition de substances putrides.

M. Onimus a reconnu que les agents anti-toxiques, l'acide sulfurique, par exemple, agissaient avec d'autant plus d'énergie que la substance était plus septicémique.

M. RABUTEAU a cherché à se rendre compte des produits nouveaux qui, en se formant dans le chloroforme, rendent cet anesthésique toxique et par contre d'un emploi si funeste. Il a reconnu que si l'on traite le chloroforme altéré, — ce que l'on constate par la présence d'une matière huileuse ou même de cristaux prismatiques — si on traite, dis-je, ce chloroforme altéré par l'eau d'abord, puis par la potasse, les substances toxiques disparaissent et le chloroforme est purifié. Il est difficile de déterminer de quels corps l'eau et la potasse ont débarassé le chloroforme. Cependant l'un d'eux est certainement l'acide chlorhydrique.

M. GRÉHANT dans des communications précédentes avait démontré que l'oxyde de carbone est éliminé en nature. Il cite une expérience nouvelle qu'il a imaginée et qui prouve une fois de plus la vérité de cette assertion.

Il a pu en effet empoisonner de petits animaux avec l'air expiré par de plus gros animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone.

Au cours de la séance, la Société a procédé à l'élection d'un membre. M. Javal a été élu par 18 suffrages. M. Renaut en a obtenu 9, et M. Hamy, 3.

ERRATA. — Dans l'analyse de la communication de M. Bert, (page 298), il s'est glissé deux petites erreurs: 1° à la ligne 62, au lieu de ischiopage, il faut lire *pygopage*; et au lieu de « à la fin du XVII° siècle, » il faut lire « au commencement.... » (Col. 1, ligne 65). P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire (Section d'anatomie pathologique). Nous avons donné la liste de présentation dans notre dernier numéro. Au 1er tour de scrutin, le nombre des votants étant de 83 (majorité 42), M. Laboulbène obtient 41 voix; M. Empis, 35; M. Parrot, 4; M. Lancereaux, 1; M. Cornil, 1; bulletin blanc, 1. — Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, l'Académie procède à un second tour de scrutin. 81 votants ; majorité, 41. M. Laboulbène, 49 voix; M. Empis, 30 ; bulletins blancs, 2. M. Laboulbène est élu.

M. DEVERGIE donne lecture d'un rapport sur le concours aux prix fondés par le marquis d'Ourche : le premier, de 20,000 fr., pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine les signes de la mort réelle, moyen pouvant être mis en pratique par « de pauvres villageois sans instruction. » Le deuxième de 5,000 fr., pour la découverte d'un moyen permettant de reconnaître d'une manière indubitable les organes de la mort réelle, exigeant l'intervention d'un homme de l'art. — 102 mémoires ont été envoyés à l'Académie. Un grand nombre émanent de gens du monde ; épiciers, mécaniciens, clercs d'avoués, etc.; 32 de ceux qui sont l'œuvre de médecins ont été réservés pour un nouvel examen ; enfin, dans son rapport, M. Devergie ne parle que de ceux qui ont été dignes d'une récompense. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 3 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Oblitération du tronc basilaire; — Rétablissement de la circulation par les voies collatérales, par M. DURET, interne des hôpitaux.

M. DURET présente le bulbe d'un homme de 40 ans environ, mort des suites d'une affection chirurgicale, et qui n'avait jamais présenté aucun symptôme cérébral ou bulbaire. Il existe un rétrécissement du tronc basilaire, de plus d'un centimètre de long, et commençant à l'extrémité inférieure.

Les deux vertébrales sont de volume à peu près normal. Mais un tronc artériel, aussi volumineux qu'une vertébrale, s'abouche dans le tronc basilaire au-dessus du rétrécissement

et rétablit la circulation dans la partie supérieure de l'artère basilaire. Le vaisseau collatéral vient de l'extérieur du crâne. C'est une branche de l'artère occipitale, sans doute, qui en est l'origine. Toutefois nous n'avons pu constater le fait absolument, nous avons vu seulement l'artère accessoire traverser la dure-mère entre l'occiput et la première vertèbre.

La sténose du tronc basilaire est complète ; car une injection très-pénétrante, poussée en hau par l'artère basilaire, ou en bas par l'artère vértébrale ne le franchit pas.

Il semble que cette sténose devrait empêcher toute circulation dans les *artères médianes* qui naissent de la partie inférieure du tronc basilaire, et vont aux noyaux des pneumo-gastriques. J'ai démontré que pour ces noyaux les *artères radiculaires* étaient insuffisantes. Comment se fait-il que cet individu ait survécu? Comment concilier ce fait avec nos études sur la circulation du bulbe et leurs déductions (1)? C'est que précisément les *artères médianes sous-protubérantielles*, qui vont aux noyaux des pneumo-gastriques ne sont pas oblitérées. La société peut constater que l'injection poussée par le bout supérieur du tronc basilaire les a pénétrées jusque dans leurs plus fines ramifications. Les noyaux des pneumo-gastriques étaient donc abondamment vascularisés, malgré cette sténose étendue. Il est donc bon de s'assurer toujours lorsque la partie inférieure du tronc basilaire est oblitérée, si les artères médianes correspondantes ne sont pas encore perméables.

M. Liouville remarque que l'artère vertébrale droite est moins volumineuse que l'artère correspondante du côté gauche. Ce n'est pas qu'il attribue cette différence à la présence de l'*artère accessoire*, du côté droit. Il pense que c'est là la règle générale, la vertébrale gauche est toujours plus considérable. Il fait appel aux souvenirs de M. le Présentateur.

M. Duret.— C'est là en effet une disposition assez fréquente mais nos recherches nous portent à admettre que ce n'est pas une règle absolue.

M. Charcot fait remarquer qu'on a eu affaire ici à une sténose progressive, très-probablement. Il y a une grande différence au point de vue des symptômes fonctionnels entre une oblitération subite et une oblitération graduelle qui permet le rétablissement de la circulation collatérale.

Ulcère simple de l'estomac; perforation. — Péritonite suraiguë. — Mort en 24 heures, par M. Landouzy, interne.

M. Landouzy fait voir un estomac, de volume normal, présentant sur sa face antérieure, à un centimètre en avant du pylore, un orifice elliptique à bords nets et réguliers de cinq millimètres dans son grand diamètre.

Examinée par la face muqueuse, l'ulcération apparaît parfaitement circulaire, elle occupe le fond d'une petite cavité quadrangulaire à bords saillants taillés à pic.

L'orifice pylorique, de même que les autres parties de l'estomac, est absolument sain : il n'y a pas trace d'ulcérations récentes ou anciennes.

Cette perforation a été trouvée à l'autopsie d'un jeune homme, (Krebs Pierre, 19 ans, garçon marchand de vins) qui entrait à Beaujon le 6 août, à dix heures du matin, se plaignant de douleurs abdominales très-vives.

K... se présente avec la face anxieuse, grippée et couverte de sueurs froides; les yeux sont creux, le nez froid, la langue à peine chaude. Le pouls petit est à 100: la température rectale à 40°,4. Le ventre est très-tendu, ballonné, douloureux à la moindre pression, surtout dans la région sus-ombilicale.

K... se plaint de douleurs continues dans tout l'abdomen, de soif vive et d'envies de vomir; trois fois, il vomit, sans efforts, des matières glaireuses jaunâtres, sans odeur.

K... raconte qu'il souffre seulement depuis la veille au soir, il n'avait eu, dans la journée, aucun malaise, quand, après avoir bu un verre de vin, il fut pris, en faisant un effort, d'une douleur très-vive qui traversa la partie supérieure de l'abdomen et qui semblait partir du côté gauche. K... s'imagina avoir avalé un éclat de verre, il se coucha immédiatement voulut prendre un peu d'eau, mais n'en avala qu'une gorgée parce que la douleur abdominale devint atroce (1)!

(1) *Archives de physiologie*, etc., 1872.

Toute la nuit, K... ressentit de violentes douleurs dans le ventre, eut plusieurs vomissements jaunâtres et ne put aller à la selle malgré un lavement.

K.., de constitution vigoureuse, fortement musclé, dit n'avoir jamais été malade ni même souffrant ; jamais ses digestions n'ont été difficiles, jamais il n'a eu de vomissements d'aucune sorte. L'examen de tous les anneaux est fait avec soin sans résultat. K... n'a jamais eu de hernie. — Quelques heures après l'entrée à l'hôpital, les douleurs se calment, le pouls devient plus petit et plus fréquent, puis la prostration survient et le malade meurt à 6 heures du soir.

Autopsie. — Outre la perforation de l'estomac, on trouve les anses intestinales fortement distendues par des gaz et refoulant le diaphragme. Le péritoine viscéral est poisseux et rosé. En aucun point, il n'y a trace d'adhérences anciennes ou récentes.

Dans les parties déclives de l'abdomen, il y a quelques cuillerées de liquide séro-purulent, louche, un peu jaunâtre.

L'intestin examiné dans toute son étendue ne présente aucune trace de perforation.

Tous les viscères abdominaux sont sains.

La cavité thoracique n'a pu être ouverte.

Séance du 10 octobre.— Présidence de M. Charcot.

Tumeur fibreuse utérine faisant saillie dans le vagin. Symptômes de compression du rectum due à un kyste dermo-pileux dans le cul-de-sac recto-utérin, par M. Cartaz, interne des hôpitaux.

X... âgée de 56 ans, mariée jeune, a eu trois enfants, tous bien portants actuellement; elle a toujours joui d'une bonne santé. Ménopause à 45 ans. Il y a deux ans, sans cause appréciable, elle commença à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, des tiraillements dans les lombes, en même temps se déclaraient quelques pertes blanches. Elle n'a jamais consulté de médecin, et ce n'est qu'il y a six mois environ, à l'apparition de la première hémorrhagie, qu'elle prit conseil d'une sage-femme. A ce moment les douleurs étaient très-vives, surtout pendant la marche ; des troubles digestifs sérieux s'étaient manifestés. De plus, la malade éprouvait de la difficulté pour aller à la selle ; dès les premiers temps de la maladie, elle avait eu un peu de constipation, mais ce ne fut qu'à partir de cette époque qu'elle remarqua particulièrement cette complication.

Aucun traitement sérieux ne fut mis en pratique et ce n'est que vers les premiers jours de septembre qu'elle se décide à venir à l'Hôtel-Dieu. Dans cet intervalle les hémorrhagies se sont reproduites fréquemment et avec une extrême abondance.

A son entrée, cette malade présente tous les signes d'une anémie profonde. Souffle cardiaque et vasculaire. Pouls faible. Teint cireux. Pâleur des muqueuses, etc. Le toucher vaginal donne la sensation d'une masse demi-molle dans laquelle on ne reconnaît pas l'orifice utérin, en examinant avec attention, on reconnaît alors une tumeur faisant saillie hors de l'utérus et tombant dans le vagin, en partie sphacélée; c'est à cette cause qu'est due l'odeur infecte que présente la malade. Une anse de fil sectionne cette portion pédiculée. En face des symptômes de compression du rectum on admit une tumeur fibreuse intra et extra-utérine faisant saillie en arrière comme par le vagin. Cette supposition était d'autant plus admissible que le toucher rectal faisait percevoir à la face postérieure de l'utérus une tumeur du volume d'un gros œuf et qui paraissait adhérente. — La malade mourut épuisée par les pertes de sang et par une auto-infection résultant de sa tumeur, malgré les injections désinfectantes.

Autopsie. — On trouve une tumeur fibreuse de petit volume implantée par un double pédicule dans le fond de l'utérus et qui avait fait saillie par le col jusque dans le vagin. Pas de tumeur fibreuse dans l'épaisseur des parois. Dans le cul-de-sac recto-utérin, kyste dermo-pileux, du volume d'un poing d'enfant, enfermé dans une poche assez épaisse et fermée de toute part. Ce kyste avait aplati l'intestin contre le sacrum; au-dessus se trouve une accumulation notable de matières fécales.

Tumeurs préarticulaires, d'apparence fibreuse, développées dans le cours d'un rhumatisme aigu, par le docteur Chouppe.

M. Chouppe présente des dessins relatifs à de petites tumeurs préarticulaires développées rapidement dans le cours d'un rhumatisme aigu. La malade qui fait l'objet de cette communication est une femme atteinte déjà depuis longtemps de rhumatismes et qui dans ces derniers jours a été prise d'une nouvelle poussée d'endocardite aiguë. Elle porte au-devant du genou des tumeurs sous-cutanées anciennes, indolentes et dures comme des corps fibreux. Elle fait remonter le début de ces grosseurs à 25 ans de date, à l'époque de sa première attaque de rhumatisme. Or, ces jours derniers, sous l'influence d'une nouvelle poussée deux autres tumeurs de même nature se sont développées sous nos yeux, autour du pouce et de l'index. Elles sont immédiatement sous-cutanées, de consistance dure, non fluctuantes, ni même rénitentes. Au début, elles étaient rouges et assez sensibles. Depuis, elles sont devenues complétement indolentes, et ne se sont point modifiées.

Dans la *séance du 29 novembre*, ont été nommés membres titulaires : MM. Debove, Hallopeau et Lépine ; — membres adjoints : MM. Defoix, Cadiat, Hubert et Seuvre.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Revue critique : du tubercule du testicule et de son traitement.

IV. De l'Épididymite caséeuse, par Ch. L. Mangin. — Paris A. Delahaye 1873.

V. Traitement du testicule tuberculeux par le fer rouge, par Auboin. — Thèse, Paris 1873.

VI. Des divers traitements du testicule tuberculeux, par Bouchage, **etc.** — Thèse, Paris 1873.

Depuis une cinquantaine d'années, les auteurs s'accordent à désigner sous le nom de tubercule du testicule une affection dont les relations avec la phthisie pulmonaire, pour n'être pas aussi constantes que celles de la tuberculisation des séreuses, n'en paraissent pas moins incontestables.

Faut-il avec M. Mangin dont nous venons de lire le travail, changer ce nom de tubercule pour y substituer celui d'épididymite caséeuse ? C'est sur quoi nous demanderons au lecteur la permission de nous arrêter un instant.

La dénomination d'inflammation caséeuse, en tant surtout qu'elle s'applique à l'épididyme, ne peut avoir de valeur qu'à deux points de vue : d'abord, et c'est là le plus important, en ce que supposée vraie, elle établirait une distinction de la plus haute importance clinique entre une affection fort grave, il est vrai, mais curable, et la tuberculisation qui est presque une condamnation à mort.

En second lieu, et c'est là seulement une question de dilettantisme scientifique, le mot nouveau désignerait précisément et exactement un processus d'anatomie pathologique ; on pourrait encore l'accepter. Voyons si l'*épididymite caséeuse* remplit l'une de ces deux conditions.

Est-il bien vrai que les inflammations caséeuses soient différentes de la tuberculose quant à leur nature, et puissent simplement y prédisposer, suivant le mot célèbre et paradoxal de Niemeyer ?

Les Allemands disent que oui, mais l'école d'histologie du Collége de France dit que non. La clinique me paraît être du côté de cette dernière. Bornons-nous pour le moment au côté clinique de la question.

Bien qu'on ait pu fournir des statistiques indiquant, par exemple, un seul cas de tubercules pulmonaires sur cinquante-et-un malades atteints de testicule tuberculeux (1), nous doutons très-fort que ce soit là la vérité et nous pensons que bon nombre de malades présentent la coïncidence des deux manifestations ; c'est du moins ce que nous croyons pouvoir inférer de nos souvenirs.

L'erreur de nos contradicteurs s'expliquerait peut-être par ce fait que les malades ont été observés dans le temps qu'ils n'avaient pas de tubercules pulmonaires, ou du moins qu'ils n'avaient pas encore de signes stéthoscopiques, ce qui n'est pas rare au début de la tuberculisation des poumons.

Sur le fait en lui-même, c'est-à-dire sur le développement consécutif de la phthisie pulmonaire, M. Mangin et aussi M. le professeur Richet sur les leçons duquel il s'appuie, sont d'accord avec nous : « Si on laisse suppurer indéfiniment » les ganglions du cou des jeunes gens scrofuleux » dit M. Richet (Leçon clinique citée par M. Mangin), « une tuber- » culisation générale peut apparaître. » M. Mangin croit également, comme l'indiquent plusieurs passages de son travail, que la suppuration de l'épididyme à la suite de sa caséification peut amener la phthisie pulmonaire.

C'est peut-être pousser un peu loin le *post hoc, ergo propter hoc* ; n'est-il pas plus conforme à la saine pathologie générale de considérer les productions caséeuses soit de l'épididyme, soit des ganglions du cou comme des lésions dues à la tuberculose, laquelle évolue en altérant divers organes avant d'attaquer le poumon ?

Passons maintenant au second point et voyons si l'anatomie pathologique pure ne vient pas à notre aide pour montrer la nature réellement tuberculeuse de l'affection testitulaire qui nous occupe.

Pour nous guider dans cette recherche délicate, nous ne croyons pas trouver mieux que les derniers ouvrages sortis de l'école d'histologie du collége de France, c'est-à-dire aux travaux de Thaon et à ceux de M. Grancher.

Ces deux auteurs concluent à l'unité de la phthisie pulmonaire. L'inflammation caséeuse, nous dit M. Thaon, est une manifestation de la tuberculose au même titre que la granulation. La pneumonie caséeuse essentielle n'existe pas.

En l'absence de documents histologiques directs sur la caséification de l'épididyme, nous sommes portés à voir là une affection qui, comme la pneumonie caséeuse, est sous la dépendance de la tuberculose, et mérite par conséquent de conserver le nom de testicule tuberculeux.

Un des arguments contre cette manière de voir qui consistait à dire que l'inflammation caséeuse, se développant aux dépens de l'épithélium des voies spermatiques, ne pouvait être du tubercule vrai, puisque ce dernier prend toujours naissance dans le tissu conjonctif, cet argument, disons-nous, tombe devant les récents travaux d'histologie. En effet, M. Thaon nous montre la granulation tuberculeuse naissant dans les alvéoles aux dépens de l'épithélium.

Ces quelques considérations suffisent à notre avis pour conclure qu'il est au moins prématuré de débaptiser le testicule tuberculeux, et que cette dernière dénomination est celle qui marque le mieux la place que doit remplir dads le cadre nosologique l'affection qui nous occupe.

Sans nous étendre davantage sur les points intéressants d'anatomie pathologique que nous venons d'effleurer, abordons maintenant la question principale, c'est-à-dire celle du traitement, et en particulier de l'intervention chirurgicale dans la tuberculisation du testicule.

Deux des travaux qui nous ont inspiré l'idée de cette revue, les thèses de M. Bouchage et Auboin sont destinées à préconiser un procédé de traitement employé par M. le professeur Verneuil, traitement qui consiste dans l'emploi du cautère actuel pour déterminer l'élimination rapide des parties dégénérées. On évite ainsi la castration à laquelle bien des chirur-

(1) Salleron, *Arch. méd.*, 1869. — Notons que, parmi les cas compris dans cette statistique, il y en a plusieurs qui se rapportent probablement, de l'aveu de M. Salleron lui-même, à des cas de testicule syphilitique ou d'épididymite blennorrhagique. Notons aussi que, pour un certain nombre de malades, M. Salleron n'a pu, malgré ses efforts et ses recherches, connaître l'issue de la maladie.

(1) Nous ferons remarquer en passant combien l'*inflammation* actuelle, qui réside surtout dans une prolifération cellulaire, diffère de l'ancienne inflammation classique avec douleur, chaleur et rougeur, inflammation qui épargnait forcément les tissus non vasculaires. Il est même assez remarquable que le processus caséifiant détruise peu à peu, devant lui, les vaisseaux préexistants dans le tissu qu'il envahit. Peut-être, du reste, la caséification ne restera-t-elle pas classée parmi les phénomènes inflammatoires. C'est ce que l'avenir nous apprendra.

giens se sont vus forcés de recourir. Des faits, des faits nombreux, connus dans toutes leurs circonstances nous seraient nécessaires pour juger définitivement la valeur de ce mode de traitement.

Qu'on nous permette néanmoins de passer rapidement en revue et de comparer les divers moyens employés contre le testicule tuberculeux. Nous n'avons que peu de chose à dire des moyens médicaux, sinon qu'il est important de tâter par l'iodure de potassium tous les cas dans lesquels le diagnostic n'est pas absolument certain ; nous épargnerons au lecteur l'énumération des moyens antiscrofuleux dont l'emploi est banal.

Une prescription hygiénique sur laquelle M. Mangin insiste avec raison, c'est d'éloigner autant que possible le malade des grandes agglomérations d'individus qui paraissent exercer une action marquée sur le développement et les progrès de la tuberculisation testiculaire. Il en résulte qu'on devra promptement renvoyer dans leurs foyers les soldats atteints de cette affection qui, comme on sait, n'est ras rare chez les militaires. Quant aux autres malades, on leur fera quitter autant que possible les grandes villes pour la campagne ou le bord de la mer. Bref, on aura recours à tous les moyens que l'hygiène indique pour aider le traitement des affections scrofuleuses.

Quels sont maintenant les moyens chirurgicaux que l'on devra employer lorsque la tuberculisation a envahi une grande partie de l'épididyme, creusé des cavernes et donné naissance à des abcès? C'est ce qu'il nous reste à examiner.

Les abcès strumeux du testicule ont été ouverts soit par l'instrument tranchant soit par les caustiques. Une fois le pus évacué, on essayait pour déterger les foyers et obtenir la cicatrisation des injections astringentes ou irritantes de vin (Bermond, de Montpellier), de teinture d'iode (Bouisson), etc.

Des caustiques plus énergiques ont été également employés pour détruire complétement les parties malades ; la pâte de Canquoin (Bonnet, Maisonneuve); la potasse caustique (Thierry) ; ce dernier auteur conseille d'introduire la potasse caustique au milieu du foyer pour détruire les tissus malades de dedans en dehors (Voyez *Revue médico-chirurgic.*, 1853).

Ces divers traitements sont incomplets ou longs et douloureux. Or, il importe, lorsqu'on a résolu d'agir énergiquement, de ne pas faire traîner les choses en longueur, car le séjour au lit et à la chambre ne vaut rien pour les malades atteints de testicule tuberculeux ; ils ont besoin de l'activité et du grand air. Il faut donc aller vite en besogne s'il est possible.

M. Chassaignac, inventeur de la méthode si utile du drainage, a employé son procédé dans le traitement des abcès tuberculeux de l'épididyme. Nous pourrions ici répéter les mêmes objections quant à la durée du traitement.

Malgaigne voulant faire un peu plus que les incisions et un peu moins que la castration, proposa en 1851 à l'Académie de Médecine la résection des parties malades. Cette méthode a été repoussée par la plupart des chirurgiens et acceptée par quelques-uns.

Nous pensons qu'elle peut être choisie ou rejetée suivant les cas : s'il s'agit d'un simple trajet fistuleux qu'on puisse enlever sans faire une plaie considérable et exposant le malade à des accidents traumatiques sérieux on pourra sans doute tenter l'opération de Malgaigne ; néanmoins et à priori nous ne croyons pas qu'elle doive souvent avoir la préférence.

Il nous reste maintenant à dire quelques mots du grand moyen de la castration et à comparer ses effets avec ceux du traitement que M. Verneuil s'efforce maintenant de vulgariser, la destruction des parties malades par le cautère actuel.

Le cautère actuel revient actuellement à la mode après avoir été un peu négligé. Cela tient peut-être à la généralisation de l'emploi du chloroforme qui supprime l'effroi que causait aux malades ce moyen plus effrayant que terrible.

Que vaut donc le cautère actuel dans le cas qui nous occupe ? Voici ce qui nous paraît ressortir de la discussion qui eut lieu au sein de la Société de chirurgie en octobre 1871 sur ce mode de traitement. Les cas très-graves ou très-légers doivent être réservés pour la castration, ou bien au contraire pour les petits moyens palliatifs indiqués plus haut.

C'est surtout aux cas de gravité moyenne que répond l'emploi du fer rouge. Tout en conservant au malade une partie de son testicule, ou du moins un reste d'organe qui lui satisfait l'esprit, on évite et les dangers sérieux de la castration qui enlèverait d'après M. Perrin environ un quart des malades.

La principale objection et l'argument le plus puissant de ceux qui tiennent pour la castration, c'est qu'on peut espérer d'arrêter le mal en amputant le testicule et en faisant dès que l'on est forcé d'intervenir chirurgicalement, une opération radicale.

A cela, M. Verneuil répondait avec juste raison que contrairement aux apparences, la castration appliquée au tubercule du testicule n'est jamais qu'une opération palliative, puisque la tuberculisation des organes génitaux internes, vésicules séminales, prostate, est souvent contemporaine et même antérieure à la tuberculisation du testicule.

Résumons : Dans bon nombre de cas la cautérisation actuelle rendra des services sérieux dans le traitement du tubercule testiculaire. — Elle ne remplacera évidemment pas la castration qui restera applicable aux cas graves. — Enfin, on ne saurait poser de règle absolue ; le tact chirurgical devra toujours intervenir pour faire prendre, suivant les cas, une décision convenable. Dr A. MALHERBE.

BIBLIOGRAPHIE

La paralysie du nerf sympathique cervical. — Etude clinique, par William NICATI. In 8° de 86 pages. Chez Delahaye. 1873.

M. Nicati a consacré à l'étude de la paralysie du nerf sympathique cervical, qu'il regarde comme très-fréquent, un mémoire intéressant, entrepris sous l'inspiration du professeur Horner. Après un aperçu historique dans lequel il signale brièvement les travaux publiés sur ce sujet depuis Cl. Bernard (1852) jusqu'à Eulenburg (1869), l'auteur aborde immédiatement la symptomatologie. Il commence par tracer le tableau général de la maladie dans laquelle il distingue les périodes suivantes :

1° La *période des prodrômes* est caractérisée par des symptômes d'*irritation* ou de spasme des muscles qui sont sous la dépendance du sympathique cervical (mydriase, exophthalmie, abaissement de température) et par la fréquence du pouls. Cette période peut être suivie du retour à l'état normal (M. Verneuil a vu, dans un cas, la pupille, dilatée sous l'influence d'un abcès cervical profond, reprendre ses dimensions normales après l'ouverture de l'abcès); mais elle est plus ordinairement suivie de paralysie.

2° Dans une *première phase* de cette période *paralytique*, on observe des symptômes oculo-pupillaires et des symptômes vasculaires analogues à ceux qui ont été signalés par les physiologistes dans leurs expériences sur les animaux, c'est-à-dire d'une part, rétrécissement de l'ouverture palpébrale, rétrécissement de la pupille, diminution de la tension intra-oculaire et rétraction du globe de l'œil, et d'autre part injection des vaisseaux, augmentation de chaleur et sueurs très-fréquentes du côté paralysé.

3° Après un espace de temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, survient la *seconde phase* de la période *paralytique*. Les symptômes oculo-pupillaires subsistent, mais les symptômes vasculaires et trophiques sont complétement modifiés. Le côté paralysé est devenu plus maigre et plus pâle ; la température est moins élevée et la transpiration moins abondante que du côté sain.

4° Enfin, entre les deux phases signalées plus haut, on peut admettre une période *intermédiaire* ou d'*atrophie incomplète*.

Après cette description générale, l'auteur étudie chacun des symptômes en particulier, et insiste sur les différences qu'ils présentent chez l'homme à l'état pathologique et chez les animaux en expérience.

La température a été prise comparativement des deux côtés au moyen de thermomètres spéciaux introduits dans le conduit auditif externe. Les malades ayant été soumis à des températures ambiantes variables, on a pu constater que les

écarts de l'état normal sont dans les parties paralysées plus faibles que dans les parties saines.

Dans un chapitre intitulé *Pathogénie et Etiologie*, l'auteur examine successivement comme causes de l'affection qu'il étudie, les lésions du trijumeau, qui, comme on sait, contient une partie des nerfs sympathiques de la tête, les lésions du sympathique au cou et dans la poitrine, puis celles du sympathique dans la moelle épinière; enfin dans un dernier paragraphe les lésions du centre sympathique (moelle allongée) dans lequel il place le siége du goître exophthalmique et du diabète.

Ce chapitre, qui n'est pas le moins intéressant, contient pourtant certaines propositions un peu contestables, mais sur lesquelles nous ne pouvons nous arrêter. Ce mémoire se termine par l'analyse de 25 observations personnelles. A. S.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT, médecin de la Salpêtrière, commencera ses *démonstrations cliniques* sur les *maladies du système nerveux* le dimanche 14 décembre à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. DUPLAY. Salle Sainte-Marthe (femme) : Nos 2 et 3, épithélioma du col de l'utérus; — n° 5, adénite parotidienne; — n° 18, kyste de l'ovaire: opération prochaine ;—n° 36, périostite syphilitique tertiaire des phalanges, testicule syphilitique; — n° 44, arthrite fongueuse du coude chez un sujet âgé, périostites multiples ; n° 42, érysipèle du membre inférieur gauche ayant succédé à une lymphangite; n° 45, rétrécissement inflammatoire de l'urèthre: divulsion de Voillemier; — n° 46, perforation de la voûte palatine de cause syphilitique, uranoplastie ; — n° 62, tumeur érectile de la jambe gauche.

Salle St-Barnabé : n° 3, ostéite de la partie inférieure du fémur gauche, fistules, nécrose probable (?) ; —n° 7, fracture du bassin, fosse iliaque droite ; — n° 22, ancienne hydrocèle (?), suppuration de la cavité vaginale ;—n° 23, angioleucite de l'avant-bras et du bras droit; ulcères circulaires; — n° 29, ostéo-périostite du maxillaire supérieur gauche, suite de dent cariée; fistule à la joue; — n° 34, hernie inguinale gauche; entéro-épiplocèle enflammée non réductible.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL : Cliniques les lundis, mercredis et samedis. — Salle des femmes : N° 28, tumeur du maxillaire supérieur. *Opération fixée à lundi prochain.* — Salle des hommes : N° 20. anévrysme de l'artère fémorale ; — n° 28, Irido-cyclitie de l'œil gauche ; — n° 36, nécrose du maxillaire supérieur ; — 57, phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras.

Service de M. MARROTTE, suppléé par M. Martineau. — Salle des femmes : 35, kyste de l'ovaire.— Salle des hommes : 8, affection cardiaque; — 27, fièvre continue ; — 44, pneumo-thorax; — 56, rougeole boutonneuse.

Service de M. DESNOS. Salle des femmes : 17, Epithélioma du col utérin; — 41, Paralysie infantile d'origine cérébrale. — Salle des hommes : 6, Paralysie saturnine ; — 11, insuffisance aortique ; — 24, phlegmatia alba dolens. — Examen particulier des malades par les élèves.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. PANAS. — *Clinique ophthalmoscopique.* — Consultations pour les maladies des yeux tous les jours à la salle Helmoltz. — St Ferdinand (H.) : n° 5, fistule salivaire, section du canal de Sténon ; — n° 8, fracture de la base du crâne ; — n° 10, tumeur blanche du poignet ; amputation ; — n° 29, sarcome du coude, amputation ; — n° 31, tarsalgie des adolescents. — Sainte-Marthe (F.) : n° 2, kyste du bras; cysticerque; — n° 28, fistule utéro-vésicale ; — n° 30, tumeur fibreuse de l'utérus.

Service de M. JACCOUD. — St-Jérôme (H.) : n° 2, mal de Bright ; — n° 7, fièvre typhoïde ; — n° 8, insuffisance aortique; — n° 19, mal de Bright; — n° 32, kyste du foie ; — 34, sténose mitrale, insuffisance et sténose aortique. — Sainte-Claire (F.) : n° 28, Endocardite puerpérale.

Hôpital St-Louis. — M. GUIBOUT. — Salle Henri IV : 48, syphilide pustulo-crustacée en voie de guérison ; — 51, syphilide tuberculeuse en groupe du nez; — 58, Rupia syphilitique du front ; — 59, Iritis syphilitique; — 66, plaques muqueuses inter-digitales. — Salle St-Charles : 65, syphilides ulcéreuses multiples. — M. LAILLIER. — Salle Ste-Foy : 10, psoriasis généralisé; — 36, acné sébacée concrète. — Salle St-Mathieu : 22, Favus squarreux ; — gommes des deux cuisses; — 59, pityriasis versicolor et syphilis douteuse ; — 76, Acné fluente.

M. HARDY. — Salle St-Jean : 3, impétigo de la face de nature strumeuse ; — 15, carcinome de la face ; 44, acné pustuleuse ; — 25, syphilide pustulo-crustacée ; — 34, eczéma des mains (gale des épiciers) ; — 35, scrofulide érythémateuse. — M. LAILLIER fait des conférences le vendredi.

M. CRUVEILHIER. — Salle Ste-Marthe : 8, Ligature de la poplitée et de la fémorale; — 10, fracture de la rotule ; 12, fongus bénin du testicule ; — 32, tumeur de la base du crâne ; — 40, périostite chronique ; — 54, anus contre nature artificiel.

M. PÉAN. — Salle St-Augustin : 41, otite moyenne ; trépanation de l'apophyse mastoïde ; — 59, Eléphantiasis de la jambe et du scrotum. — Salle Ste Marthe : 58, tumeur fibreuse de l'utérus ; 57, ulcération cancroïdale du cou ; — 71, tumeur du petit bassin. — M. Péan fait des opérations le samedi.

Enseignement médical libre.

Polyclinique du Dr BERRUT *pour le traitement des maladies chirurgicales des femmes.* — Consultations libres le jeudi de 9 heures à 11 heures du matin, rue de Bellechasse, 29. — Leçons pratiques sur les maladies du sein. La première leçon a lieu chaque année le premier jeudi de novembre à 11 heures. Les inscriptions sont reçues de 3 à 5 heures.

Clinique Médicale. — M. le Dr T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, a repris ses leçons de *Clinique médicale*, dans l'Amphithéâtre n° 5, de cet Hôpital, le mardi 18 novembre 1873, et les continue tous les mardis.

Electricité médicale. — M. le docteur ONIMUS a commencé son cours le mardi 25 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique ; mardi et samedi. Il traite des *applications de l'électricité à la chirurgie.*

Maladies des femmes. M. LE DOCTEUR BERNUTZ a commencé le mercredi 19 novembre ses leçons de clinique, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre n° 2, et les continue tous les mercredis à 9 heures. — Spéculum le samedi, salles Saint-Ferdinand (H) et Saint-Joseph (F).

NOUVELLES.

MORTALITÉ A PARIS. Population, 1,851,792 hab. — Pendant la semaine finissant le 25 novembre, on a constaté 808 décès, savoir : Variole, 0 ; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 31 ; — pneumonie, 51 ; — dyssenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 1 ; — angine couenneuse, 11 ; — croup, 17 ; — affections puerpérales, 3 ; — affections aiguës, 224 ; — affections chroniques, 370 (dont 169 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 45 ; — causes accidentelles, 22.

LONDRES. Population, 3,356,073 hab. — Décès du 16 au 22 novembre : 1,674. Variole, 0 ; — rougeole, 130 ; — scarlatine, 27 ; — fièvre typhoïde, 28 ; érysipèle, 18 ; bronchite, 262 ; — pneumonie, 128 ; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée, 12 ; — choléra nostras, 0 ; — diphthérie, 13 ; — croup, 22 ; — coqueluche, 46.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — La chaire de chimie est déclarée vacante Les candidats doivent faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à ladite Ecole et au Conseil académique.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Rouland, professeur de pathologie et de médecine opératoire est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Vastel, décédé.

EXTENSION DE LA CONVENTION DE GENÈVE AUX GUERRES MARITIMES. — M. Fergusson, ancien ministre de la marine hollandaise a publié une brochure dans laquelle il propose d'étendre aux guerres maritimes l'institution de la Convention de Genève pour le sauvetage des blessés. Voici, d'après M. Guibaud, capitaine de frégate, qui donne, dans la *Revue maritime et coloniale*, l'analyse de ce travail, les moyens proposés par l'auteur : 1° Un vaisseau-hôpital ; 2° canots de sauvetage : 3° un petit équipage de sauveteurs, sous la protection de la croix de Genève; 4° un navire-hôpital dans les ports. Le navire-hôpital serait peint en blanc avec des croix rouges, et prendrait les blessés amis et ennemis indistinctement.

Pendant le combat, les sauveteurs, vêtus de blanc avec la croix de Genève, armeraient les canots de sauvetage, amèneraient au loin les bouées de sauvetage. Ils ne seraient employés qu'à ce service. Il y a, ajoute-t-il, des personnes à qui cette idée paraîtra absurde ; mais qu'elles réfléchissent : si le navire est mêlé parmi les combattants, il y aura quelques hommes atteints; mais qu'est-ce que cela comparé à une centaine d'hommes qu'ils sauveraient ! En temps de paix un pareil navire serait important dans une escadre, au moment d'une épidémie.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Victor UYTTERHOEVEN, président de la Commission médicale locale, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique vient de mourir à l'âge de 72 ans. — M. MEULEWATER, professeur d'anatomie à l'Université de Gand, admis à l'éméritat depuis plusieurs années, vient de mourir à l'âge de 63 ans. — M. le docteur Sabin PAPILLON, ancien médecin principal de première classe des armées vient de mourir.— La *Gazette médicale de Strasbourg* nous apprend la mort de M. WENDLING, médecin cantonal à Schlestadt. Deux fois lauréat, premier interne de l'hôpital civil, il termina sa brillante scolarité par une excellente thèse : *Sur l'influence mécanique de la respiration sur la circulation à l'état physiologique et pathologique.*

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret en date du 26 novembre 1873, M. de Fourtou, membre de l'Assemblée nationale, a été nommé Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Batbie, dont la démission a été acceptée. — Par décret en

date du 27 novembre, M. Desjardins, membre de l'Assemblée nationale, est nommé sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts.

CONCOURS. Le concours pour les *Prix de l'internat* (2e et 1re années) vient de se terminer par les nominations suivantes : Prix (médaille d'argent); P. RECLUS; — accessit, V. HANOT; — 1re mention honorable, F. RAYMOND; — 2e mention honorable, FAURE.

Les internes de 2e et de 1re année ont eu à traiter les questions orales suivantes : Des abcès de l'aisselle; — symptômes, diagnostic et complications de la coqueluche.

Externat. — Questions : symptômes et diagnostic de la pneumonie; — ventouses.

Internat. — Epreuve orale. 1° Muscles de l'orbite; 2° éméiologie de l'exophthalmie.

HOPITAL CIVIL DE VERSAILLES. — Les concurrents pour la place d'interne vacante à l'hôpital de Versailles ont eu à traiter les questions suivantes : *Symptômes et diagnostic différentiel des fractures de l'humérus; — anatomie du larynx, angines*, division et symptômes. Ce concours s'est terminé par la nomination de M. Georges COUTISSON.

CHOLÉRA. — *Autriche.* — L'épidémie qui a inquiété pendant six mois la population de Vienne, peut être enfin considérée comme terminée. Les cas isolés d'affections cholériformes, dont on n'a observé qu'un seul cas à Vienne cette semaine, n'ont pas le caractère épidémique et ont été souvent observés ici, par exemple pendant les étés de 1871 et 1872, sans donner naissance à une épidémie de choléra. En province l'épidémie a aussi disparu partout excepté sur un point du district de Gross Enzersdorf. Le choléra a atteint dans cet endroit dans le courant de la semaine quatre personnes dont trois sont mortes. Les causes de cette petite recrudescence sur ce point ne sont pas connues. L'état sanitaire de Vienne est excellent, et, sans les cas de tuberculose qui remplissent en ce moment les hôpitaux et les listes de décès, le chiffre des malades et des décès en ville et à l'hôpital, serait exceptionnellement faible. (*Wiener med. Wochenschrift*).

Bavière. Voici un fait, emprunté à l'*Opinion Nationale*, qui confirme les opinions émises par le *Progrès* : « On avait annoncé, il y a quinze jours à peine, que l'épidémie cholérique s'était éteinte en Bavière; or, voici qu'elle éclate de nouveau. Du 21 au 30 novembre, elle a augmenté tous les jours. On croit que ce sont des militaires revenant du Palatinat qui ont ramené le choléra en Bavière. La population est exaspérée contre l'autorité militaire qui n'a pas fait prendre les précautions nécessaires. »

VACANCES MÉDICALES. — Le canton de Corlay (Côtes-du-Nord), qui a près de 7,000 habitants, est actuellement sans médecin. Le docteur et le pharmacien les plus rapprochés sont à 18 kilomètres du centre du canton. Trois des cantons limitrophes sont sans docteur. Bonne situation à prendre Le maire compléterait ces renseignements. (*Gaz. des hôp.*)

— A céder, dans un quartier populeux de Paris, une clientèle médicale rapportant 10,000 fr.

EXPOSITION DES PRODUITS DESTINÉS A L'ENFANCE. — Sous la dénomination tant soit peu élastique d'*Exposition des produits destinés à l'enfance*, le Palais de l'Industrie réunit depuis quelques jours des objets peu habitués à se trouver ensemble. Des spécimens de lait concentré sont placés côte à côte avec des pôts de pommade, et des fauteuils rustiques occupent une case voisine de celle où figurent des échantillons de charbon.

Parmi ces exhibitions dont le rapport avec l'enfance ne saute pas aux yeux de prime abord, il en est une qui présente un intérêt réel, elle est due à un dentiste, M. Hardy, qui a exposé des têtes d'enfants de différents âges destinées à montrer l'évolution des dents de la première et de la seconde dentition.

La préparation de ces têtes, la manière dont sont faites les coupes qui permettent d'apercevoir les dents encore cachées, attestent une grande habileté.

M. Hardy a aussi exposé une série de moules pris, les uns sur de jeunes sujets dont les dents se développent d'une façon vicieuse, les autres sur les mêmes sujets après le traitement. Ces moules mettent parfaitement en relief les avantages d'une thérapeutique intelligente appliquée à l'évolution des dents.

Aux bureaux du **PROGRÈS MÉDICAL**, *6, Rue des Écoles.*

CHARCOT (J. M.) Leçons sur les maladies du système nerveux faites à l'hospice de la Salpêtrière recueillies par BOURNEVILLE. Ire série, 1er fascicule: *Des anomalies de l'ataxie locomotrice*; in-8° de 72 pages avec 5 figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie, 2 fr; pour les ABONNÉS du *Progrès médical* 1 fr. 15 franco. — 2e Fascicule : *De la compression lente de la moelle épinière;* in-8° de 72 pages avec deux planches en chromo-lithographie et deux figures dans le texte 2 fr. 25; pour les ABONNÉS du *Progrès Médical*, 1 fr. 15. Les deux fascicules, pour nos ABONNÉS, 2 fr. 25 franco.

Librairie GERMER-BAILLIÈRE, rue de l'Ecole de médecine.

BLANC (H). Des moyens de prévenir et de traiter le choléra. Etude fondée sur une connaissance des causes et du mode de propagation de cette maladie. In-8 de 36 pages. 1 fr.

PELLARIN (Ch.). Le choléra : comment il se propage et comment l'éviter, solution trouvée et publiée en 1849.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

VOILLEMIER. Eléphantiasis du fourreau de la verge et du scrotum. Broch. gr. in-8° de 32 pages, avec deux planches en chromo-lithographie. 2 fr.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — N° 27 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 13 DÉCEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............... 8 »

ANNONCES : 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

PATHOLOGIE INTERNE

Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse,

Par le docteur **A. KELSCH**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Depuis une vingtaine d'années, on décrit sous le nom d'*endocardite ulcéreuse* une maladie qui doit son individualité bien moins à la lésion locale, comme semble l'indiquer son nom, qu'aux symptômes généraux graves qui lui servent ordinairement de cadre. La *lésion locale* consiste dans la destruction aiguë de un ou de plusieurs points de l'endocarde, le plus souvent de l'endocarde valvulaire; quant aux *accidents généraux*, ils revêtent, ici le masque de la fièvre typhoïde, là celui de l'infection purulente, impliquant toujours, dans un cas comme dans l'autre, une altération profonde de la crase du sang. Malgré de sérieuses études, cette maladie n'a pas encore pu trouver sa place définitive dans la pathologie. L'insuffisance des faits m'a paru être une des causes principales de l'incertitude qui plane encore sur cette question; aussi ai-je cru devoir pnblier l'observation suivante que je retrouve dans mes notes recueillies pendant la guerre.

Endocardite ulcéreuse à forme typhoïde. Ulcérations des valvules aortiques — Babu, 21 ans, soldat du 2e régiment d'infanterie de marine, campé au fort de Montrouge, doué d'un tempérament lymphatique et d'une constitution chétive est admis dans mon service le 25 octobre 1870. Il se dit malade depuis trois jours seulement : son mal a commencé par des frissonnements erratiques, des douleurs vagues dans les membres supérieurs et inférieurs, sans localisation marquée dans aucune jointure. Le lendemain, les articulations du pied gauche gonflèrent et devinrent très-sensibles. On se décida alors à envoyer le malade à l'hôpital. Le 25 octobre au matin, je constate l'état suivant : T. 37°,9; P. 92, large, sans dicrotisme. La peau est modérément chaude et moite, la langue humide, un peu blanche; constipation depuis le début de la maladie. Le pied gauche est gonflé et sillonné de traînées rouges le long des gaînes des extenseurs. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu d'invasion rhumatismale antérieure Il est plongé dans une somnolence et une hébétude que ne comporte jamais la fièvre typhoïde au troisième jour de son évolution. Je suis obligé d'interpeller fortement le malade, de répéter mes questions avant d'avoir une réponse. Celle-ci est toujours hésitante, par monosyllabes, ou inintelligente. Abandonné à lui-même, Babu retombe aussitôt dans sa torpeur somnolente. La matité cardiaque est renfermée dans ses limites normales; le premier bruit est un peu prolongé à la base, mais il n'y a pas à proprement parler de bruit soufflant. La prédominance de l'état général sur l'état local, l'impossibilité d'expliquer le premier par la qualité ou l'intensité du second m'entraînait à soupçonner derrière le rhumatisme quelque chose d'une signification plns grave; mais d'une part l'absence de signes physiques du côté du cœur ne me permettait pas de supposer pour le moment une lésion ulcéreuse de l'endocarde, et d'autre part je n'étais pas fondé à admettre une fièvre typhoïde me trouvant en présence d'une détermination rhumatismale bien caractérisée, de phénomènes généraux insolites au troisième jour de la dothiénentérie et d'un mouvement fébrile plutôt en rapport avec l'état local qu'avec l'état général. Je diagnostiquai donc un rhumatisme articulaire avec phénomènes généraux graves, imputables à la constitution du sujet et surtout aux conditions obsidionales sauf à rectifier mon diagnostic par l'observation ultérieure.

26 octobre, soir. — L'état général ne s'est pas modifié ; quant aux douleurs rhumatismales, elles ont envahi les articulations de la jambe et de la hanche droites, sans s'atténuer dans le pied gauche. La peau est brûlante sans sueur ni moiteur.

27 octobre, matin. — T. 39°; P. 104. Pas de changement dans l'état des articulations : l'auscultation ne révèle aucun changement du côté du cœur ; mais des râles humides fins à gauche et en arrière. Face chaude sans moiteur. — *Soir.* — T. 40°; P. 110. Recrudescence dans les douleurs articulaires, particulièrement dans la cheville gauche, envahissement des genoux et des coudes, teint rouge, air prostré et somnolent, sclérotiques injectées comme dans la rougeole, enrouement. — Aucun vestige d'éruption sur la peau ; celle-ci est chaude et un peu moite.

28 octobre, matin. — T. 38°,7 ; P. 104. Nuit calme, même état général et local. Langue naturelle, constipation depuis 3 jours, pas de sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite ; rate tuméfiée, dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. — *Soir.* — T. 39°2 ; P. 104. Une selle naturelle. Bruit de souffle mieux accentué à la base. — Pas de changement quant au reste.

29 octobre, matin. — T. 39° ; P. 108. La plupart des jointures sont douloureuses, le malade ne peut faire le moindre mouvement ; il est couché immobile dans son lit, dans un état de somnolence et de prostration continuelles : interrogé il ne répond pas ou à peine par monosyllabes ; les mouvements imprimés à ses membres lui arrachent des cris de douleur, et c'est pour ainsi dire le seul moyen de le faire sortir de sa prostration ; il accuse une douleur vague derrière le sternum : Des râles muqueux et sibilants obscurcissent le murmure respiratoire, les bruits du cœur sont faibles, et le premier bruit de la base est toujours soufflé. — La langue est humide, saburrale, épaisse, garnie sur ses bords de l'empreinte des dents ; les selles sont toujours difficiles; le ventre quelque peu ballonné, sans éruption ni douleur à la pression des fosses iliaques. — *Soir.* — T. 40°,1; P. 108, mou régulier, inégal, sans dicrotisme. Il y a une rémission notable dans les douleurs articulaires. Le contraste entre la gravité de l'état général, et le peu d'intensité des déterminatious arthropathiques est de plus en plus significatif. Bien que les symptômes cardiaques ne soient pas très-décisifs, je n'hésite plus à admettre une endocardite ulcéreuse à forme typhoïde.

30 octobre, matin. T. 39°,3 ; P. 92. Nuit calme, a dormi sans rêvasser. Recrudescence de douleurs dans le coude et l'épaule droits ; même état général. — *Soir* T. 39°,5 ; P. 110. Pas de changements.

31 octobre, matin. T. 39°,9 ; P. 108. Prostration, stupeur de plus en plus profondes. Il est impossible d'obtenir une réponse ; toutefois les mouvements, même légers, que j'imprime aux jambes ou aux bras provoquent des cris plaintifs ; les genoux et les chevilles sont d'ailleurs toujours notablement gonflés et rouges, surtout du côté droit. La turgescence et la stupeur de la face lui donnent le masque du typhus. Il y a eu dans la nuit 3 selles liquides ; jusqu'alors la constipation avait été opiniâtre. — *Soir.* — T. 40°,3 ; P. 108. Prostration et somnolence profondes ; ne répond plus, ne réagit que sous l'influence de la douleur provoquée par les mouvements imprimés aux membres. Les genoux et les chevilles, particulièrement du côté droit, sont notablement gonflés.

1er novembre, matin. T. 39°,3 ; P. 104. A causé tout haut toute la nuit. Stupeur et somnolence profondes ; de temps en temps le malade marmotte des paroles inintelligibles, on dirait que la peau des jambes est hyperesthésiée, car le moindre attouchement arrache des gémissements au malade : langue humide sur les bords, à reflet bleuâtre et un peu desséché à la surface, selles involontaires, ventre souple sans éruption, rhythme régulier de la respiration, mais l'inspiration est tantôt courte, tantôt profonde. — *Soir.* T. 39°,5 ; P. 104. Même état

2 novembre, matin. T. 39° ; P. 120. La prostration et la stupeur sont telles que toute tentative de provoquer une réponse du malade reste infructueuse. Il est couché immobile dans le décubitus dorsal, les yeux à demi-fermés, la figure pâle, effilée, les narines pulvérulentes, la bouche entr'ouverte, les lèvres et les dents fuligineuses. Le ventre est ballonné sans éruption, les selles et les urines involontaires. La respiration, inégale, est encombrée de ronchus humides entendus à distance · état désespéré. — *Soir* T. 40°,1. T. 128. Même état, a sali plusieurs fois son lit par des selles liquides.

3 novembre, matin. T. 38°,8. Pouls filiforme, ne se laisse plus compter. Agonie. — Mort à 2 h 1/2 du soir.

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. *Crâne* ; les tissus de la dure-mère sont gorgés de sang noir liquide. Les vaisseaux du tissu cellulaire sous-arachnoïdien sont également le siége d'une injection très-vive. — Pas d'exsudat ni de granulations tuberculeuses nulle part. Le cerveau est ferme, les ventricules vides. — Un kyste de la grosseur d'une petite noisette se trouve logée dans une circonvolution de la partie antéro-latérale du lobe occipital droit. Ce kyste tout à fait superficiel, assez nettement limité par une membrane ténue, est rempli d'une bouillie jaune d'ocre dans laquelle le microscope fait découvrir des granulations moléculaires innombrables, des globules pyoïdes, des corpuscules rouges altérés, des granulations de pigment et enfin de gros corps granuleux. Ce foyer était sans doute un vieil infarctus ramolli. — La *moelle* n'a pas été ouverte.

Thorax. Les deux *poumons* sont exempts d'adhérence avec la plèvre pariétale, ils ne présentent que des lésions banales. Rougeur généralisée de la muqueuse bronchique, mucus aéré dans les petites bronches, engorgement hypostatique dans les parties postéro-inférieures : quant à des tubercules ou à des infarctus, le parenchyme n'en montre nulle part de vestiges.

Cœur. Environ 50 grammes de sérosité citrine dans le péricarde. La séreuse n'a pas subi d'altération récente sur la face antérieure du ventricule droit ; à l'origine du cône artériel, elle porte une tache laiteuse de la dimension d'une pièce d'un franc environ.

Le *ventricule droit* renferme un énorme caillot aplati, ambré, se prolongeant dans l'oreillette et l'artère correspondantes. Les valvules sigmoïdes et tricuspide ne présentent rien de particulier. Le cœur gauche est plus volumineux, et les parois ventriculaires sont sensiblement plus épaisses que d'habitude. Les cavités gauches sont vides, la valvule mitrale est intacte ; mais les trois valvules sigmoïdes sont couvertes à leur bord libre par des végétations verruqueuses molles, rouges, fongueuses et ulcérées, auxquelles adhèrent faiblement des caillots fibrineux tout à fait décolorés.

Abdomen. Le *foie* n'a rien de particulier. — Rien non plus à signaler du côté de l'*estomac*, ni de la partie supérieure de l'*intestin grêle*. Dans l'iléon, les plaques de Peyer présentent un pointillé noir à leur surface. (Aspect de la barbe fraîchement coupée). Mais elles ne sont nulle part ulcérées ; elles ne dessinent même pas ce léger relief que l'on observe quelquefois dans les fièvres graves. — La surface des deux *reins* est parsemée d'infarctus multiples, cunéiformes, à pointe dirigée vers le hile. Leur volume ne dépasse pas celui d'un pois, leur aspect est variable ; tantôt ce sont des noyaux d'induration rouge sans décoloration ni ramollissement ; ailleurs on en trouve qui présentent au centre un ou plusieurs points jaunes ; enfin quelquet-uns sont de vrais kyste remplis d'un liquide d'aspect purulent où le microscope montre les parties élémentaires du rein plus ou moins altérées. Des granulations moléculaires, et enfin des cellules granuleuses de diverses grandeurs. — La *rate* est volumineuse, elle pèse 835 grammes. Elle renferme une vingtaine d'infarctus à forme pyramidale dont la base est dessinée à la surface convexe par des taches d'un rouge foncé et dont la texture ferme et la coloration plus intense tranchent avec les caractères du parenchyme splénique ambiant. L'un de ces infarctus, gros comme un œuf de poule, présente à sa base et tout à fait en contact avec la capsule un foyer de ramollissement blanc d'une épaisseur de un centimètre et de l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Je regrette bien vivement que cette autopsie n'ait pas été complétée par l'examen histologique des lésions endocardiques. Cette lacune est bien naturelle quand on songe aux circonstances au milieu desquelles nous vivions alors, quand tous nos moments étaient donnés aux nombreux malades qui alors réclamaient nos soins, quand nos cœurs étaient serrés par les étreintes patriotiques de cette époque néfaste nous ne pouvions avoir ni le temps, ni le calme d'esprit nécessaires pour nous livrer à des recherches de ce genre. *(A suivre).*

CLINIQUE MÉDICALE

Erythème marginé. — Rapports de cette affection avec le rhumatisme.

Par **A. SEVESTRE**, interne des hôpitaux.

Les affections cutanées désignées sous le nom d'érythème présentent deux variétés principales. Tantôt l'érythème est circonscrit à une seule région, et généralement alors il dépend d'une cause locale et externe ; tantôt il est plus ou moins généralisé et dans ce cas de cause interne. La plupart des auteurs s'accordent en effet pour faire de l'érythème généralisé une manifestation d'un état général, mais les divergences commencent à se manifester lorsqu'il s'agit de définir cet état général. Tel est le cas pour l'érythème noueux et surtout pour ces variétés d'érythème papuleux, marginé etc., rangées par Hebra, sous la dénomination commune d'érythème polymorphe.

Les uns, s'appuyant sur l'existence des douleurs articulaires qui souvent coïncident avec cet exanthème, n'hésitent point à le considérer comme une manifestation cutanée de la diathèse rhumatismale. — «L'érythème papuleux, l'érythème marginé, l'érythème noueux, dit M. Bazin (1) sont de nature arthritique. » — Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, M. Ferrand, dans sa thèse sur les exanthèmes du rhumatisme (2), partagent cette manière de voir, également soutenue par plusieurs autres médecins et particulièrement par Legroux (3) dans une discussion à la Société médicale des hôpitaux.

Pour d'autres auteurs, le fait des douleurs articulaires n'est point une raison suffisante pour faire accepter cette interprétation. « Ce sont des douleurs vagues au niveau des articulations ou dans la continuité des membres, bien différentes des douleurs rhumatismales, disent M. Sée et M. Vigla (4). »

« J'ai vu, ajoute M. Gubler (5) des cas d'érythème noueux dans lesquels on trouvait les articulations douloureuses et des épanchements articulaires ; j'ai même vu l'érythème noueux se compliquer de souffle endocardique, par conséquent on aurait pu croire à une complication de l'érythème noueux par le rhumatisme ; je crois cependant qu'il y avait là simplement érythème noueux avec des manifestations morbides dans les séreuses articulaires et dans la membrane interne du cœur à la manière du rhumatisme, mais sans rhumatisme.

.... Je proteste contre l'application qu'on a faite du mot rhumatisme à certaines douleurs articulaires. Ainsi M. Trousseau admet un rhumatisme scarlatineux ; je l'ai dit à M. Trousseau lui-même, si par cela seul qu'il y a épanchement articulaire, on dit qu'il y a rhumatisme, il n'y a plus de philosophie médicale ; — les douleurs qui compliquent la scarlatine comme celles qui surviennent dans l'érythème noueux sont *des douleurs rhumatoïdes* ; *ce n'est pas du rhumatisme.*

Dans un article consacré à l'érythème dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Hardy s'exprime d'une façon à peu près analogue ; il a bien observé dans certains cas d'érythème papuleux des douleurs

(1) Bazin. *Leçons sur les affections génériques de la peau. — Leçons sur l'arthritis et les arthritides.*
(2) Thèse de Paris 1862.
(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1859.*
(4) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1859.* — (5) *Ibid.*

articulaires, et même deux fois des accidents inflammatoires du côté de l'endocarde et du péricarde, mais « ces phénomènes articulaires manquent dans plus de la moitié des cas. L'arthrite rhumatismale est donc là une complication tout à fait semblable au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine (1). »

« Les érythèmes généralisés, dit-il encore (2), dépendent d'une cause générale et se rapprochent assez des fièvres éruptives pour qu'on puisse les placer avec elles dans une même classe. »

Aussi décrivant, dans son Traité de pathologie interne(3) les érythèmes localisés avec les maladies de la peau, M. Hardy renvoie pour les érythèmes généralisés au chapitre consacré aux fièvres éruptives.

Jonathan Hutchinson (4) est encore plus catégorique et trouve dans les caractères de l'éruption elle-même une raison de plus pour autoriser ce rapprochement ; en effet, il semble disposé à admettre que l'érythème noueux ou papuleux ne peut se rencontrer deux fois chez le même individu et il engage les observateurs à rechercher s'il est contagieux.

Telles sont les opinions principales qui ont cours aujourd'hui sur la nature de certains érythèmes généralisés ; j'ai cru devoir les exposer brièvement avant de rapporter une observation que j'ai recueillie dans le service de mon excellent maître, M. Fauvel.

Cette observation m'a paru fort intéressante; non pas que je la considère comme devant juger la question ; mais elle me semble démontrer que l'érythème marginé (considéré par M. Bazin comme l'une des variétés de l'érythème papuleux) est, dans *certains cas au moins*, en rapport avec la diathèse rhumatismale.

Observation. — *Erythème marginé.* — *Rhumatisme articulaire subaigu.* — *Endo-péricardite amenant rapidemant une insuffisance aortique.* — *Réapparition de l'éruption cutanée.* — *Rhumatisme noueux des petites jointures.*

Carli.. Irma, domestique, âgée de 21 ans, d'origine belge (Hainaut), entre le 11 avril 1873 à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Anne, n° 24 (service de M. Fauvel). Blonde, assez grosse et toujours bien portante jusqu'ici, cette jeune fille n'a jamais fait de maladies sérieuses. Elle n'a particulièrement jamais eu de rhumatismes ni de manifestations arthritiques et ne croit pas qu'aucun de ses parents en ait jamais eu.

Lundi dernier, 7 avril, ses règles avaient paru à l'époque habituelle, mais au lieu de durer 8 jours comme à l'ordinaire, elles s'arrêtèrent au bout de deux jours sans cause appréciable. C'est à cette époque, c'est-à-dire mercredi, qu'elle fait remonter le début de sa maladie. Depuis lors, elle a éprouvé un malaise général, une lassitude inaccoutumée et une légère céphalalgie.

Aujourd'hui vendredi soir, cet état ne s'est pas modifié ; il y a eu quelque envie de vomir sans résultat; selles régulières; pas de ballonnement du ventre. Langue blanche et un peu chargée au centre, rouge à la pointe. Pouls régulier, assez fort, 100 pulsations. Chaleur de la peau. Temp. axillaire : 38°,8. Pas d'épistaxis, pas de toux. L'auscultation fait constater quelques râles sibilants disséminés des deux côtés de la poitrine, mais très-peu abondants ; il y a un peu de rougeur du pharynx ; mais, en somme, l'examen des viscères ne révèle rien qui rende compte des *troubles généraux* et de l'état de *gastricisme* observé chez la malade ; et l'on pourrait penser qu'il s'agit simplement de cet état caractérisé par le nom de fièvre catarrhale, si l'on ne constatait en même temps une *éruption cutanée* fort remarquable. Cette éruption, disséminée sur la peau de l'abdomen et du dos, est constituée par une série de taches dont la forme et les dimensions varient un peu : les unes, assez régulièrement circulaires, ont un diamètre de 1 à 5 ou 6 centimètres ; les autres sont plus allongées, ovalaires ; quelques-unes affectent une forme demi-lunaire, toutes présentent au centre une teinte rose pâle tirant sur le jaune, une coloration d'un rouge assez vif sur les bords. La pression du doigt fait disparaître cette rougeur, mais pour un instant seulement ; le centre garde une légère teinte jaunâtre et se colore plus lentement, surtout sur les plaques un peu étendues. Les bords, tantôt assez réguliers, plus souvent un peu sinueux, font une légère saillie appréciable au doigt et à la vue, de sorte que le centre de ces plaques paraît un peu déprimé. L'éruption, au dire de la malade, aurait débuté dans la nuit du 9 au 10 avril sur les bras, où l'on trouve aujourd'hui seulement quelques taches brunes. Hier soir, la malade s'est aperçue de l'existence de taches sur la poitrine ; ces taches sont à peu près semblables à celles de l'abdomen, mais présentent une teinte moins vive, plus jaune et comme cuivrée ; circonstance qui, jointe à la forme de certaines d'entre elles, pourrait faire penser à une affection syphilitique. Cette éruption est absolument indolore, ne donne lieu à aucune démangeaison et la malade ne se doutait nullement de son existence sur la peau de l'abdomen.

12 *avril.* L'éruption a fait des progrès notables sur la peau du ventre ; les taches qui existaient hier se sont agrandies, et, allant à la rencontre l'une de l'autre, se sont mêmes réunies sur plusieurs points ; d'autres se sont développées dans l'intervalle. Dans le dos, l'éruption est aussi plus étendue. Quelques nouvelles taches sur la région thoracique antérieure ; les anciennes s'effacent. Rien sur les membres. Temp. 38°,4 ; P. 96. — Urine un peu foncée, non albumineuse. *Traitement* : Eméto-cathartique (tartre stibié. 0,05 ; sulfate de soude, 30 gr.). Bouillons.

Soir. — Vomissements abondants et une selle depuis le matin. Etat général bon. — T. A. 38°, 2 ; P. 100. L'éruption s'étale un peu. Sur les cuisses et les mollets, ont apparu quelques taches ayant l'étendue d'une lentille et une coloration uniforme, sans le liseré signalé plus haut.

13 *avril.* P. 100 ; T. A. 38°,5. — L'éruption s'étend de plus en plus ; la peau de l'abdomen est plus qu'à moitié envahie par des plaques confluentes, entre lesquelles existent des intervalles irréguliers et sinueux. Le centre de ces plaques, jusqu'à un ou deux centimètres des bords, n'a plus la couleur rosée de l'érythème, mais une teinte jaunâtre qui ne s'efface pas sous le doigt. Sur le devant de la poitrine et sur les seins, quelques plaques récentes. Les progrès de l'éruption sont moins marqués dans le dos. Sur les jambes les taches sont à peine un peu plus étendues qu'hier soir. Les bords sont légèrement saillants et présentent une teinte plus vive.

Soir. P. 104 ; T. 39°,4. — La malade se plaint de *douleurs dans les articulations* des genoux et des cou-de-pieds. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable. Les taches constatées hier sur les membres inférieurs s'étendent un peu, mais très-lentement ; elles ne présentent point, comme celles du tronc, de tendance à la confluence ; quelques-unes s'effacent déjà ; du reste, elles manquent complétement au niveau des articulations, et s'observent seulement dans l'intervalle de celles-ci.

14 *avril.* P. 92. — Douleurs articulaires assez fortes. Rien dans les articulations des membres supérieurs ; mais aux genoux et aux articulations tibio-tarsiennes, douleurs vives surtout à la pression, avec une légère teinte rosée. Un peu de liquide dans le genou gauche. Rien au cœur. La rougeur du pharynx est un peu plus vive. Quant à l'éruption, dans le dos et sur les jambes, elle est à peu près stationnaire. Les plaques anciennes pâlissent ; de nouvelles taches, peu nombreuses, apparaissent. Mais, sur le ventre, depuis la pointe du sternum jusqu'au niveau des régions inguinales, l'éruption est pour ainsi dire générale. Il existe à peine, ça et là, quelques petits îlots de peau saine ; autour d'eux, on retrouve le bourrelet saillant et rosé, mais dans l'intervalle existe une teinte jaunâtre, un peu inégale et comme marbrée, presque ecchymotique par places. L'éruption ne dépasse pas en bas le pli de l'aine. En haut, sur la poitrine, quelques taches isolées ; celles des membres inférieurs et du dos pâlissent et disparaissent.

Pr. — Frictions sur les jointures avec la glycérine laudanisée ; enveloppement de ouate. — *Soir.* P. 104 : T. A. 39°.

15 *avril.* P. 96. — Rien de nouveau. Les douleurs persistent sans s'amender. L'éruption est partout en voie de décroissance. On donne aujourd'hui : sulfate de quinine 0,50 en 2 paquets. — *Soir.* P. 100 ; T. A. 39°,3.

16 *avril.* P. 88. — *Soir.* P. 108 ; T. 39°,1. Léger souffle systolique à la pointe du cœur ; à la base, le 1er bruit est aussi mal frappé. Persistance des douleurs ; *sueurs abondantes.*

17 *avril.* P. 96 ; T. 37°,8. Le souffle, sans être très-fort, n'est pourtant pas douteux ce matin. *L'éruption a entièrement disparu* laissant seulement une *teinte jaunâtre*, assez uniforme sur le ventre, et des plaques irrégulièrement disséminées dans les autres parties où l'érythème était disposé par taches isolées. Pas trace de desquamation. Rien dans l'urine. *Soir.* P. 92 ; T. 39°,5. *(A suivre).*

(1) Tome XIV, article *Erythème*, p. 108. — (2) *Ibid.*, p. 98.
(3) Hardy et Béhier, *Traité de pathologie interne*, 2e édition. tome III, page 104. — (4) *Medical Times* 1869, tome I, p. 352.

PATHOLOGIE EXTERNE

Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies (1)

Par **L. E. DUPUY**, interne des hôpitaux de Paris.

Il nous reste à reproduire ici l'observation suivante, due à M. Sappey (2), et qui nous semble intéressante à plusieurs titres : elle prouve que les altérations de l'intestin peuvent avoir un retentissement sur le mésentère à l'inverse de ce que nous avons vu jusqu'ici. Il s'agit d'une hernie ombilicale ancienne renfermant une anse d'intestin grêle : celle-ci fut perforée par une ulcération qui, en se propageant du côté du mésentère, creusa dans celui-ci un canal d'une longueur de 7 à 8 lignes, dont l'orifice s'ouvrait dans la cavité péritonéale à une certaine distance de l'anneau. Sous l'influence d'un

(1) Voir le n° 26 du *Progrès médical.* — *Erratum :* p. 366, col. 1, ligne 48, lisez : les vaisseaux sous-séreux gorgés de.....
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, t. XIV. p. 41.

traumatisme, les matières intestinales furent refoulées dans l'abdomen par l'intermédiaire de ce canal ; l'opération pratiquée par Bérard fut impuissante à prévenir la péritonite puisque la perforation avait son siége dans une portion du mésentère qui n'avait point franchi l'anneau ombilical.

Obs. III. — *Perforation de l'intestin grêle consécutive à une hernie ombilicale ancienne. Ecoulement des matières intestinales dans l'abdomen par l'intermédiaire d'un canal creusé dans l'épaisseur du mésentère altéré.*

Homme de 40 ans, a depuis 6 ans une hernie ombilicale : jamais de bandage ; réduction facile ; développement progressif. La hernie a deux pouces de diamètre, elle est étranglée à sa partie moyenne, aspect bilobé.

21 *avril*. Chûte sur la hernie, douleurs vives ; Bérard soupçonnant nne perforation, fait l'opération le 23, à 5 heures du soir. L'intestin est rouge, injecté, phlogosé, sans mortification ni perforation ; réduction. Mort le 23, à 8 heures.

Autopsie. — L'anse intestinale s'est échappée à travers une dilatation de l'anneau de 6 à 7 lignes de diamètre. Cette anse était placée immédiatement derrière l'anneau ; elle était rouge, injectée, présentant nne longueur de 2 pouces et demi, et offrait à ses deex extrémitées un rétrécissement remarquable. Les circonférences sur lesquelles il portait étaient blanches, nacrées résistantes et attestaient par ces caractères l'impression longtemps continuée de l'anneau ombilical sur les extrémités de l'anse toujours irréduite.

Ces circonférences, en effet, conservent leur diamètre, non-seulement quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, mais encore quand on cherche à les ramener au degré de dilatation des autres parties de l'intestin, par l'introductiou du doigt dans la cavité de cet organe. Cette anse intestinale appartient au jéjunum ; on n'aperçoit sur la surface extérieure aucune perforation ; mais en soulevant l'intestin, on reconnait, à 7 ou 8 lignes de son bord adhérent, une *altération du mésentère; avec coloration noirâtre, circonscrite et au centre de cette altération un pertuis de 2 lignes de diamètre; pour s'assurer si ce pertuis communique avec la cavité de l'intestin, on presse celui-ci pour faire circuler les liquides qu'il contient, et on voit ces liquides sortir en petite quantité par cette perforation.* Le liquide qui s'échappe est d'une couleur jaunâtre, trouble, chargé de gouttelettes huileuses provenant de l'huile de ricin que le malade avait prise dans la journée, et tout à fait analogue à celui qu'on a observé entre les circonvolutions de l'intestin.

Un stylet introduit dans cette ouverture arrive sans difficulté dans la cavité de l'intestin hernié ; une incision longitudinale pratiquée sur la convexité de celui-ci laisse voir à la partie postérieure et moyenne de la cavité, *sur le bord mésentérique, un orifice de 3 ou 4 lignes de diamètre, offrant une disposition un peu infundibuliforme et communiquant avec la perforation observée dans le mésentère.*

Entre ces deux orifices, l'un intestinal, l'autre mésentérique, existe un canal ou même une cavité de 7 à 8 lignes d'étendue, d'apparence ulcéreuse et ancienne, car les parois qui la circonscrivent sont imprégnées d'uu pus séreux, et en dehors, elle est entourée par un tissu uoirâtre, formé par le mésentère et le tissu graisseux qu'il contient entre ses lames. — Cette perforation de l'intestin existe an niveau de la dépression médiane qui donnait à la tumeur l'aspect bilobé. En face de la perforation intestinale dans le point opposé et correspondant à la dépression médiane, il existe une altératiou caractérisée par un épaississement et une sorte d'induration de tissu cellulaire sous-muqueux, dans lequel nne petite quantité de sang s'est infiltrée, ce qui lui donne l'aspect noirâtre. Autour de la portion herniée existent des traces étendues de péritonite.

M. Nicaise, qui rapporte ce fait dans sa remarquable thèse inaugurale (1) dit avec raison, qu'il ne faut pas confondre cette perforation lente dans une hernie aucienne avec celles qui se font rapidement dans l'étranglement. Nous ajouterons que la perforation ayant été suivie d'accidents aigus, le chirurgien était en droit de croire à une lésion intestinale. N'ayant pas trouvé cette lésion, n'eût-il pas agi sagement en attirant l'anse intestinale au-dehors et en examinaut l'état du mésentère correspondant à celle-ci? On serait arrivé ainsi à un diaguostic exact et on aurait pu songer à établir un anus contre nature, seule chance de guérion pour le malade.

II. *Des lésions traumatiques du mésentère.* Le mésentère peut être lésé *indirectement* c'est-à-dire par l'intermédiaire des tégumeuts et du sac herniaire, ou *directement* après ouverture préalable du sac, dans l'opération de la kélotomie ou de l'anus contre nature.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations où un coup violent porté sur une hernie a amené la rupture du mésentère et une hémorrhagie formidable ; tantôt la déchirure du mésentère a été complète et le sang s'est épanché dans le sac et dans la cavité péritonéale ; tantôt celle-ci n'a porté que sur les vaisseaux et l'épanchement sanguin s'est fait entre les feuillets et s'y est, en quelque sorte, enkysté.

(1) *Des lésions de l'intestin dans les hernies.* Thèse de Paris, 1866. p. 65.

La marche et les symptômes sont fort différents, on le conçoit, dans l'un ou l'autre cas; nous devons par conséquent en donner une description distincte.

Lorsque l'épanchement sanguin n'est pas limité par les feuillets du mésentère et qu'il remplit le sac et une portion de la cavité abdominale, les symptômes revêtent subitement une intensité et une gravité extrêmes ; ils indiquent qu'il s'est produit à la fois une hémorrhagie plus ou moins considérable et une péritonite suraiguë. Le malade est pâle, exsangue, couvert de sueurs froides ; son pouls est fréquent et faible ; d'autre part, il a des vomissements et accuse des douleurs excessivement vives dans tout l'abdomen. La réunion de ces deux ordres de symptômes nous semble assez caractéristique pour permettre souvent de faire le diagnostic ; il faut y joiudre les traces du traumatisme sur les téguments internes. De plus, Cooper (1) a signalé chez le malade, dont nous rapportons ci-dessous l'observation, une augmentation de volume de la tumeur, sans que celle-ci préseutât la tension qui caractérise ordinairement l'étranglement de l'intestin.

Observation IV. *Hernie scrotale ancienne ; coup violent porté sur les bourses ayant amené une vaste déchirure du mésentère et consécutivement une hémorrhagie considérable dans le sac et la cavité abdominale.* (Observation communiquée par M. Norris).

Un homme moyen d'âge, qui était atteint depuis plusieurs années d'une hernie scrotale pour laquelle il ne portait point de bandage, reçut un coup violent du timon d'une voiture, qui vint frapper dans un point correspondant au collet de la tumeur. Je le vis une heure après, il était expirant : le pouls était fréquent et faible ; il y avait des vomissements fréqnents et le malade accusait une vive douleur dans tout l'abdomen ; le point sur lequel le coup avait porté n'offrait à l'extérieur aucune plaie et n'était pas à beaucoup près aussi douloureux que le reste du ventre : la tumeur était beaucoup plus volumineuse qu'auparavant, mais elle ne présentait pas la tension qui caractérise ordinairement l'étranglement de l'intestin. Je n'éprouvai aucune difficulté à opérer la réduction, qui n'amena aucnu soulagement. Aussitôt que la pression exercée par la main eut cessé, la tumeur reparut aussi volumineuse qu'auparavant. Dans une consultation qui eut lieu, plusieurs purgatifs furent prescrits et l'opium fut administré de temps en temps, dans le but de diminuer les vomissements et les douleurs ; mais aucun des moyens que nous imaginâmes ne put, pendant les 3 jours que le malade vécut encore, procurer aucune selle, ni aucun soulagement dans les douleurs.

Autopsie. On ouvrit d'abord la tumeur herniaire qu'on trouva entièrement remplie de sang, le sac ne paraissait pas avoir été lésé. L'abdomen contenait au moins trois pintes de sang qui provenait d'une *déchirure du mésentère et de l'iléon.* Il est probable qu'il avait existé entre ces parties et le sac des adhérences qui furent détruites au moment de l'accident. *L'intestin avait été arraché du mésentère dans une étendue de 5 pouces.*

La réduction de la hernie, chez ce malade, ne devait amener aucun soulagement; au contraire, elle avait pour effet d'augmenter l'épanchement sanguin dans le péritoine. En pareil cas, la conduite du chirurgien nous semble nettement tracée : il faudrait ouvrir le sac le plus promptement possible et aller, sans hésitation, à la recherche des vaisseaux mésentériques lésés afin d'en opérer la ligature. Cette pratique peut paraître audacieuse, mais c'est la seule chance possible de guérison ; nous avons en effet constaté sur des chiens que la lésion d'un mince rameau artériel du mésentère amenait rapidement la mort par hémorrhagie et par péritonite.

Dans l'observation de M. Norris, le diagnostic n'a pas été établi ; il n'était pas impossible cependant de le faire : le coup violent porté sur la hernie, la douleur et les signes généraux d'hémorrhagie et de péritonite ne devaient pas laisser de doute sur l'existence, soit d'une rupture intestinale, soit d'une lésion du mésentère ; que l'une ou l'autre supposition fut la vraie, il eut été urgent d'ouvrir le sac herniaire, et de pratiquer, suivant le cas, un anus artificiel ou la ligature des vaisseaux mésentèriques. *(A suivre.)*

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot, médecin de la Salpêtrière, commencera ses *démonstrations cliniques* sur les *maladies du système nerveux* le dimanche 14 décembre à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

(1) *Œuvres chirurgicales*, p. 231.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur l'emploi de l'ipéca dans le choléra infantile, et quelques autres formes de diarrhée *(suite)*.

Par le Dr **H. CHOUPPE**, interne des hôpitaux de Paris (1).

II. *Diarrhée des tuberculeux.*

Dans le fait suivant, il s'agit d'une phthisie pulmonaire développée à un âge déjà assez avancé, et l'on sait qu'alors, ou bien l'affection tuberculeuse revêt une marche rapide sous forme de granulie, ou bien, se limitant à un des sommets, elle progresse très-lentement sans qu'il existe une grande tendance à la généralisation de la néoplasie. Il semble, en effet, que dans ces cas, l'inflammation du parenchyme pulmonaire frappe de préférence le tissu interstitiel sans avoir une grande tendance à la destruction, en même temps qu'il est relativement rare de trouver des lésions intestinales. C'est là un fait qui ne s'appuie que sur des souvenirs, mais qu'il serait facile de vérifier, car les cas de phthisie tardive sont loin d'être rares dans les hôpitaux de Paris.

C'est, du reste, une simple remarque que je fais en passant ; car je ne veux nullement entreprendre de démontrer ici que l'action de l'ipéca est plus efficace alors qu'il n'existe pas de lésions organiques de la muqueuse des voies digestives. Je discuterai longuement cette question plus loin ; elle est une des plus importantes à résoudre et ne peut l'être que par des faits nombreux.

Observation V. Levo.., 47 ans, découpeur, salle St-Louis, lit 17. — Phthisie pulmonaire au 3e degré, datant de 2 ans, augmentant surtout depuis un an. *Diarrhée* demi-liquide, 5 à 6 selles par jour sans coliques. Cette diarrhée dure depuis à peu près 3 mois 1/2. Elle fatigue beaucoup le malade qui n'a plus d'appétit. Aucun traitement n'a, à aucune époque été dirigé contre la diarrhée. Le 11 *septembre* la diarrhée devient plus abondante et plus liquide, le malade ne peut plus manger sans vomir ; l'état général devient plus grave. 12 *septembre*, continuation de la diarrhée. 13 *septembre*, même état ; 2 *lavements ipéca*. 14, le malade n'a été depuis hier que deux fois à la selle pour rendre ses deux lavements, l'on continue le même traitement. 15 *septembre*, la diarrhée n'a pas reparu. 16 *septembre*, la diarrhée ne reparaissant pas, l'on supprime les lavements d'ipéca. Mort le 17 *octobre* sans que la diarrhée ait reparu.

A *l'autopsie* il n'existe aucune altération de la muqueuse intestinale.

Observation VI. Jeune homme de 24 ans couché salle St-Louis, lit n° 10, entré le 1er octobre 1873.

Phthisie pulmonaire arrivée à la période de cachexie la plus prononcée. Début il y a 18 mois. Cavernes aux deux sommets avec induration de la plus grande partie du poumon gauche. N'était pas jusqu'à ces derniers temps sujet à la diarrhée.

Depuis 15 jours diarrhée incoërcible, selles fréquentes, 25 à 30 dans les 24 heures, abondantes, très-liquides, presque toujours précédées de coliques très-douloureuses, on lui donne le 5 octobre deux *lavements d'ipéca*.

6 *octobre*, n'a pas eu de garde robes depuis le second lavement d'ipéca. *Même traitement*. 7 *octobre*, la guérison persiste, on supprime l'ipéca.

10 *octobre*, l'appétit est un peu revenu. Le malade, quoique très-anémié, est moins fatigué, moins faible que lors de son entrée. Meurt le 28 octobre, par suite des progrès de la phthisie pulmonaire sans avoir présenté à nouveau aucune trace de diarrhée.

A l'autopsie l'on ne trouve aucune lésion de la muqueuse intestinale.

Observation VII. St-Louis n° 26. Homme d'environ 35 ans, malade depuis 6 mois, a eu plusieurs pleurésies droites. Actuellement phthisie pulmonaire droite. Râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon droit avec induration. Ce malade n'a jamais été sujet à la diarrhée ; il ne se plaint de ce symptôme, qui l'affaiblit beaucoup, que depuis trois semaines à peu près ; il a 15 à 20 selles très-abondantes dans les 24 heures. La plupart du temps ces selles ne sont pas accompagnées de coliques.

Le 3 *octobre* l'on prescrit deux *lavements d'ipéca*. Le 4, moins de diarrhée depuis cette nuit.

5 *octobre*. La diarrhée est complétement arrêtée, l'on supprime l'ipéca. Meurt le 9 octobre au matin dans un accès de dyspnée ; il n'a eu depuis l'emploi de l'ipéca aucune trace de diarrhée.

A *l'autopsie*, 10 octobre, l'on trouve la muqueuse de l'intestin grêle un peu épaissie et assez vivement injectée, mais en aucun point il n'existe d'ulcérations ni de granulations tuberculeuses.

Un point rapproche les trois observations précédentes, l'absence démontrée anatomiquement de lésions organiques de la muqueuse intestinale.

Je veux encore ici faire remarquer que chez aucun des malades qui font l'objet des sept observations précédentes, l'administration de l'ipéca n'a produit de vomissements. Je n'ai pas noté ce point dans chaque observation en particulier, mais qu'il soit dit une fois pour toutes que quand l'ipéca produira des phénomènes gastriques, j'aurai soin de l'indiquer. *(A suivre.)*

(1) Voir les nos 14, 20 et 23 du *Progrès médical*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Institutions médicales : désidérata.

Sous ce titre : — *Calendar of the Royal College of Surgeons of England*, — le Collége royal des chirurgiens d'Angleterre publie tous les ans un annuaire qui permet au public médical de se rendre compte de la constitution du Collége, des modifications qui ont été apportées soit dans le personnel, soit dans l'enseignement (1). Le livre s'ouvre par un almanach où sont consignées les dates des élections, de l'ouverture des sessions, des vacances, etc. Viennent ensuite la copie des chartes relatives à l'institution du Collége et à ses prérogatives et celle des statuts. On trouve ensuite des listes indiquant : les administrateurs de la collection de Hunter, les membres du conseil, les comités pour le musée et la bibliothèque, les examinateurs pour les accouchements et la chirurgie dentaire, les noms des présidents, des professeurs, des *fellows* (2) et des membres qui ont obtenu le prix triennal avec le titre des mémoires.

Puis sont exposés les règlements concernant l'instruction et les examens des candidats au diplôme de membre, de *fellow*, ou à la licence ès-*accouchements* et ès-*chirurgie dentaire* ; les registres chronologique et alphabétique des *fellows*, des membres, des licenciés ès-accouchements, ès-chirurgie dentaire ; l'énumération des acquisitions faites pour le musée pendant l'année. On voit ainsi que la collection d'anatomie pathologique s'est enrichie, en 1872-73, de 105 nouveaux spécimens, la collection de physiologie de 175. — Même chose pour les livres entrés à la bibliothèque. Un tableau des dépenses et des recettes permet à chacun de se faire une opinion sur la gestion des administrateurs. Enfin l'annuaire se termine par le titre des questions proposées pour le prix triennal du Collége et pour le prix Jackson et par la liste des questions qui ont été traitées par les candidats des diverses sections du Collége.

Nous avons jugé intéressant de donner un rapide aperçu de ce livre qui n'a pas son analogue chez nous, mais dont l'utilité pratique est incontestable. Il nous fait connaître, par exemple, que nos voisins n'ont pas, comme nous, de répulsion pour certaines spécialités que nous négligeons. Il serait désirable, entre autres, que l'enseignement des accouchements fut plus complet, que le nombre des cliniques obstétricales fut augmenté et qu'une section fut créée pour la chirurgie dentaire dont l'enseignement, ainsi que nous le disions récemment, n'existe pas. Parmi les noms des chirurgiens qui ont été chargés de faire passer les exa-

(1) Le Collége royal des chirurgiens n'est pas un corps enseignant, c'est un *corps examinant*. Les cours, qui y sont faits, sont des cours de haut enseignement. Tous les ans, aussi, à l'anniversaire de la mort de Huntert l'un des membres du Collége est chargé de prononcer un discours, *Th. Hunterian Oration*. — dans lequel, le plus souvent, sont résumés les progrès accomplis dans l'une des branches de la médecine, plus spécialement étudiées par Hunter. On ne saurait rendre un plus bel hommage à la mémoire des hommes illustrés.

(2) Le titre de *fellow* est plus élevé que celui de *membre* du Collége ; c'est le titre le plus élevé de la chirurgie en Angleterre. Pour l'obtenir, il faut subir des examens particuliers.

mens pour la chirurgie dentaire, nous voyons ceux de W. Lawrence, de Hilton, Le Gros Clarke, etc.

La Faculté de médecine de Paris se contente chaque année de publier une brochurette de 15 à 20 pages contenant la liste de ses lauréats. C'est trop peu. Qui ne serait heureux d'apprendre chaque année quels sont les livres qui sont venus enrichir la bibliothèque, quelles sont les pièces qui sont venues s'ajouter aux collections du musée Orfila et du musée Dupuytren ? Faisons donc des vœux pour que cette lacune soit bientôt comblée.

Réforme hospitalière.

Les administrations hospitalières ont bien de la peine à se décider à rompre avec les coutumes du vieux temps, en fait d'organisation des hôpitaux. La composition bizarre de ces commissions dont les hommes compétents, c'est-à-dire les médecins, sont écartés avec un soin jaloux, rend compte de l'absence de toute amélioration dans la plupart de nos hôpitaux. Comme l'ignorance est difficile à convaincre, il en résulte que ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons à enregistrer quelque réforme importante : le plus souvent, du reste, ce n'est qu'à la suite d'une pression énergique exercée sur les commissions que ces réformes s'accomplissent. Nous en trouvons la preuve dans le récit suivant, emprunté à la *Gazette médicale de Bordeaux*.

« Nous lisons dans le compte rendu de la séance du Conseil municipal du 24 novembre dernier :

Art. 107. — Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie. Chaque année et même plusieurs fois par an, toutes les fois que l'occasion se présente, la commission, le conseil municipal, renouvellent le même vœu, concernant cet article. — Aujourd'hui, votre commission ne renouvelle pas le vœu, n'émet pas le vœu, n'exprime pas le désir, elle *exige* que ce soient les élèves en pharmacie, et non les sœurs, qui, dans les hôpitaux fassent les manifestations pharmaceutiques. Elle déclare qu'elle refusera le budget des hospices si satisfaction n'est pas accordée à sa demande. »

« Enfin ! nous allons avoir des internes en pharmacie ! Enfin la Commission administrative des hospices, devra compter avec autre chose que son bon vouloir — il faudrait dire son mauvais vouloir. — Depuis de nombreuses années l'*Ecole de médecine*, la *Réunion médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices*, les *chefs de service* des hôpitaux, les *pharmaciens* et les *étudiants* en pharmacie, eux-mêmes ont réclamé la création d'un internat en pharmacie, et la Commission administrative des Hospices fermait l'oreille. Le Conseil municipal a lui-même émis des vœux, renouvelé ces vœux, exprimé des désirs, et la Commission administrative fermait toujours l'oreille. »

Nous ne saurions trop féliciter le Conseil municipal de Bordeaux de son énergique résolution témoignant qu'il a souci de s'acquitter de ses devoirs vis-à-vis de ses mandataires. Les réformes sérieuses ne peuvent être réalisées, selon nous, que par les personnes à même de bien examiner tous les détails de la question : c'est donc en émancipant les Communes que nous avons quelque chance de voir la décentralisation passer du domaine du rêve dans celui de la réalité. L'administration de l'Assistance de Paris, de son côté, fera bien d'imiter l'exemple du Conseil municipal de Bordeaux et de substituer des pharmaciens aux religieuses dans ceux de ses établissements où celles-ci exercent encore la pharmacie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. Cl. Bernard.

M. Lépine. M. Cl. Bernard avait déja montré que les glandes de l'estomac ne sont pas acides et que l'acidité du suc gastrique se produit à la surface de la muqueuse. J'ai répété cette expérience, l'année dernière, et j'ai pu constater l'exactitude du fait.—Mais depuis, quelques auteurs Allemands, entr'autres Heidenhein se sont demandé si, des glandes stomacales, les unes n'auraient pas pour fonction de sécréter le suc acide. J'ai, à ce sujet, institué quelques expériences qui m'ont conduit à un résultat négatif et j'ai pu encore me convaincre que c'est bien à la surface de la muqueuse que le suc gastrique devient acide.

M. Cl. Bernard. J'ai eu, moi aussi, à répéter mon expérience. J'ai lavé à grande eau l'estomac d'un chien. Je l'ai rendu œdémateux en injectant de l'eau par l'artère, selon le procédé de Lacauchie. La surface muqueuse était d'abord parfaitement neutre; mais si quelques heures après je l'examinais de nouveau je la trouvais très-nettement acide.

M. Laborde présente les pièces provenant d'un chien dans les veines duquel il avait injecté en une heure 1,500 gram. d'eau. On sait combien ces injections, faites dans de certaines conditions de lenteur, sont inoffensives. — Cependant, dans ce cas, le chien est mort assez rapidement. A l'autopsie on a pu constater une congestion pulmonaire très-intense et des noyaux apoplectiques. — On a trouvé en outre des ecchymoses de l'estomac et une véritable hémorrhagie en nappe à la surface de l'intestin, dans toute son étendue, du pylore au rectum. Mais il faut dire que ce chien avait absorbé pendant 4 mois du sulfocyanure de potassium à la dose maximum de 1 gr. 1/2 par jour, car, lorsque cette quantité était dépassée, le chien la vomissait d'une façon certaine. Les altérations trouvées à l'autopsie peuvent donc dépendre de l'une ou de l'autre de ces causes. M. Laborde ajoute en outre qu'après ses injections aqueuses et lorsque déjà elles avaient atteint le chiffre énorme de 1,500 gr. il a fait l'étude du sang et n'a point trouvé une altération notable des globules rouges.

M. Hayem. Ce dernier fait m'étonne et il est possible que les altérations des globules aient échappé à M. Laborde car il suffit d'une très petite quantité de liquide injecté dans la veine pour déformer et détruire les globules.

M. Gréhant. Dans des cas semblables, il serait facile de savoir si oui ou non il y a eu destruction de globules, car, après la coagulation du sang dans les veines et le dépôt des globules rouges dans les parties déclives, si le sérum est coloré c'est qu'il y a eu destruction des globules, l'hématine dissoute colore le liquide.

M. Rabuteau expose les résultats de recherches importantes qu'il a faites sur les oxalates. Ces recherches il les complètera plus tard. Les oxalates sont très toxiques et il exhorte les praticiens à la plus grande circonspection à leur égard.

M. Quinquaud présente à la société un nouvel appareil pour le dosage de l'oxygène.

M. Malassez s'est principalement occupé des altérations que les globules rouges de sang ont présentées dans leur nombre et leurs dimensions. Ces observations ont été faites en 1872 dans le service de M. le docteur Potain, elles se rapportent à onze cas d'*intoxication saturnine* professionnelle, intoxication aiguë, greffée sur des intoxications chroniques.

Altération de nombre. — Lors de l'entrée des malades à l'hôpital, au moment, par conséquent, où ils étaient en proie à des accidents aigus de saturnisme, M. Malassez a trouvé que le nombre des globules rouges par millimètre cube de sang avait varié entre 3,700,000 et 2,200,000. En admettant que le chiffre à l'état de santé soit de 4,500,000, ce qui est plutôt au-dessous de la moyenne, le nombre de globules chez les saturnins comparé à celui de l'homme à l'état de santé oscillerait entre les rapports $\frac{1}{1,2}$ et $\frac{1}{2}$ c'est-à-dire que chez les saturnins, les globules du sang seraient de 1,2 à deux fois moins nombreux qu'à l'état normal.

L'hypoglobulie a été plus marquée chez les ouvriers les plus exposés aux poussières plombiques, chez ceux qui exerçaient leur profession depuis plus longtemps et ces derniers résistant probablement moins à la cause morbide, les précédents subissant une intoxication plus énergique et de plus longue durée. Ses observations n'ont pas été assez nombreuses pour lui permettre d'étudier l'influence du sexe, des conditions hygiéniques. L'hypoglobulie a paru plus faible

chez les arthralgiques, plus considérable chez les paralytiques, très-variable chez les entéralgiques.

M. Malassez étudie ensuite ce que devient l'hypoglobulie après la disparition des accidents aigus ; et il a pu voir qu'elle ne disparaissait que très-lentement. Chez un malade qui, lors de son entrée à l'hôpital, avait par millimètre cube 2,400,000, n'en présentait que 3,000,000, trois mois après, et cependant il avait été bien soigné et n'avait pas été exposé à de nouvelles sources d'intoxication, le chiffre des globules ne dépassa ce chiffre que lorsqu'il fut soumis aux ferrugineux. Les purgatifs produisent également une augmentation des globules rouges, mais toute momentanée ; elle paraît due, non pas à une multiplication de ces éléments, mais à une concentration du sang, résultant de la perte du liquide ; c'est ce qui se produit dans la cholérine (Malassez) et le choléra (Potain, Kelsch et J. Renaut). M. Malassez ne saurait dire si la masse totale de sang a diminué.

Altérations dans les dimensions. — Si les globules rouges sont moins nombreux chez les saturnins, ils sont en revanche plus volumineux ; de 7 μ à 7 μ 5 qu'ils ont en moyenne à l'état normal, ils montent à 9 μ et même 9 μ 5. Cette véritable macrocythémie n'existe pas seulement pendant la période des accidents aigus, mais longtemps après. M. Malassez ne l'a vu disparaître chez un de ses malades qu'au bout de trois mois, en même temps que les globules devenaient plus nombreux.

En se basant sur des travaux de Welcker donnant la surface et le volume d'un globule sanguin de l'homme et de l'éléphant (cet animal ayant des globules très-semblables comme dimensions à ceux des saturnins) il a calculé que pour tous les globules compris dans un millimètre cube, la surface serait de 422 millim. carrés chez les saturnins, au lieu de 576, surface chez l'homme sain; et le volume, de 0 millim. cube 254, au lieu de 0,324. C'est-à-dire que l'augmentation dans les dimensions de chaque globule ne compense pas la diminution dans le nombre.

La macrocythémie des saturnins aurait probablement pour effet de rendre la circulation capillaire plus difficile. Si, en effet, les globules normaux sont obligés de s'étirer pour passer dans les fins capillaires de certains organes, la résistance doit être bien plus grande pour les globules des saturnins beaucoup plus volumineux. Il est, du reste, une autre cause du ralentissement circulatoire, c'est la présence du plomb dans le sang ; dans des expériences analogues à celles de Poiseuille. MM. Potain et Malassez ont constaté que du sérum sanguin contenant une très-faible proportion d'acétate de plomb passait moins rapidement dans un tube capillaire de terre que du sérum pur. M. Malassez insiste sur cette diminution dans la circulation qui pourrait à elle seule constituer une forme d'anémie, forme qu'on paraît avoir négligée ; il ne suffit pas en effet pour qu'il n'y ait pas anémie qu'il arrive aux tissus un sang parfaitement normal, il faut encore qu'il y arrive en quantité suffisante pour le jeu normal des fonctions.

Les globules des saturnins présentent encore un caractère intéressant, c'est qu'ils résistent bien mieux que les globules normaux au sérum artificiel que M. Malassez emploie dans son procédé de numération ; ils semblent plus fixes ; s'il en est de même dans l'économie. on conçoit qu'il doive encore en résulter une diminution dans les fonctions qui sont dévolues aux globules ; c'est une nouvelle cause d'anémie.

En résumé : diminution de nombre non compensée par l'augmentation de volume, diminution probable de l'activité circulatoire, très-probablement aussi plus grande fixité de globules ; tout ces états morbides ajoutent leurs actions pour constituer en partie, sinon en totalité, cet ensemble morbide complexe qu'il nomme l'anémie saturnine. Aussi ne saurait-on avoir une idée exacte de l'intensité de cette anémie en n'évaluant qu'un seul des éléments qui la composent ; elle est plus grave par exemple que ne l'indique la seule numération des globules.

Quant à la pathologie de ces divers états morbides, M. Malassez pense que dans l'état actuel de nos connaissances, il serait très-imprudent d'en parler ; il lui a semblé cependant que l'hypoglobulie saturnine pouvait s'expliquer par une diminution dans la formation des globules, résultat probable de l'altération par le plomb des organes hématopoïétiques ; mais ce n'est pour lui qu'une hypothèse qui demande a être contrôlée par l'expérimentateur.

Pendant la séance la société a procédé à l'élection d'un membre. M. Renaut a obtenu 21 voix sur 28 votants, M. Hamy, 3 ; M. Pierret, 2. MM. Chatin et Nepveu chacun 1. P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de 9 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente à l'académie deux instruments nouveaux : l'un, le *révulseur filiforme*, fabriqué par M. Mariaud, sur les indications de M. Gillet de Grandmont, est destiné à injecter des filets d'eau très-fins. En appuyant plus ou moins fort sur le piston, on peut diminuer ou augmenter la force du jet et même obtenir l'*aquapuncture*. Le révulseur peut rendre de grands services dans certaines maladies d'yeux. — L'autre instrument, *le porte-caustique laryngien*, fabriqué par M. Mathieu sur les indications de M. Fauvel, est destiné à parfaitement localiser, en un seul point déterminé, les cautérisations que l'on pratique sur le larynx.

M. BARTH donne lecture de la troisième partie de son travail *sur le choléra et les diarrhées cholériformes*. Il n'a pas fallu moins de trois séances à l'honorable académicien pour établir une doctrine connue et admise de presque tous et qu'on peut résumer ainsi : « Le choléra est une maladie importée et qui se transmet par des agents miasmatiques contenus dans les déjections. Le mal se transmet non par contact, mais par un séjour trop prolongé dans un air chargé d'émanations cholériques. » Décidément la rhétorique est une belle chose, mais parfois aussi bien ennuyeuse.

M. REGNAULD lit les conclusions d'un travail de pharmacologie fait par lui à propos d'un mode de préparation du *tannate de quinine*. Par le procédé de M. Regnauld la quinine et l'acide tannique se combinent dans la proportion suivante : Un équivalent de quinine pour deux d'acide tannique.

M. DEVERGIE continue la lecture de son rapport sur les mémoires présentés pour obtenir les prix fondés par marquis d'Ourche. Pour le prix de 20,000 francs deux mémoires ont attiré l'attention de la Commission, le n° 13 et le n° 6. Le premier donne un moyen qui ne réussit pas toujours, le second donne un moyen efficace mais peu pratique. En conséquence le prix ne sera pas donné.

Pour le prix de 5,000 francs la Commission propose de le diviser de la manière suivante : 2,000 francs au mémoire qui porte le n° 101. Cinq cents francs au n° 11. Deux mille francs à partager entre les mémoires n° 8 et n° 43. Cinq cents francs au n° 6. Mentions honorables aux mémoires portant les nos suivants : 13 (travail présenté pour le prix de 20,000 francs), 60, 32. Encouragement au mémoire n° 1.

Deux vœux ont été émis par la Commission : le premier est que les préfets, sous-préfets et maires, veillent d'une façon rigoureuse à ce que les décès soient constatés par des médecins. Le deuxième est que des examens pratiques pour constater la mort réelle soient institués dans les facultés et dans les écoles de médecine de France. — Dans la prochaine séance l'académie discutera le rapport de la Commission et décernera des prix. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 17 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

Calculs biliaires. — Cholécystite ulcéreuse. — Perforation de la vésicule. — Péritonite généralisée. — Note recueillie par M. SEUVRE, interne.

C... Marie, âgée de 42 ans, entre le 5 août 1873, à l'hôpital Cochin. Elle dit avoir éprouvé il y a six mois des douleurs assez vives dans le côté droit. Depuis trois mois elle a la jaunisse.

Le diagnostic de cholécystite calculeuse est bientôt confirmé par la sensation d'une petite tumeur arrondie, douloureuse et

qui pressée donne au doigt la perception d'une collision véritable. La malade maigrit, n'a pas d'appétit et est prise tous les soirs d'une fièvre assez vive, mais sans frissons. Le matin la fièvre disparaît. Il existe un ictère très-prononcé : la teinte varie avec les points observés, tantôt d'un jaune verdâtre ; tantôt bronzée, ou brunâtre.

L'anorexie, la fièvre rémittente, l'ictère, l'amaigrissement progressent. La vésicule biliaire augmente de volume et devient plus sensible ; quelques frissons, des sueurs profuses, de la diarrhée apparaissent pour faire bientôt place aux symptômes de péritonite. — Le 27 septembre, la malade succombe.

Autopsie faite 20 heures après la mort. — Amaigrissement extrême. — Pas d'œdème. — Ventre affaissé, mollasse, comme pâteux. — Sommets des poumons indurés avec noyaux caséeux d'origine ancienne ; cicatrices fermes, rayonnées. — quelques adhérences pleurales. — Cœur normal. — L'estomac et les intestins, dont la muqueuse est saine, contiennent un liquide blanchâtre, trouble, privé de bile.

Péritonite généralisée : fausses membranes friables, mais pas d'épanchement.

Aspect noirâtre, poisseux du péritoine et en particulier du grand épiploon : une portion de celui-ci adhère intimement au sommet de la vésicule et lui forme une enveloppe.

Reins normaux. — *Rate* volumineuse, mais de consistance normale. — *Pancréas* induré, hypertrophié. — *Foie* augmenté de volume, non bosselé, mais présentant à sa surface des traînées blanchâtres (branches terminales des canaux biliaires dilatées et capsule de Glisson hypertrophiée. — La vésicule biliaire adhère intimement aux parties voisines et surtout au grand épiploon et au colon transverse, elle est très-distendue : hauteur, 8 à 10 centim. ; diamètre, 5 centim. Elle contient 150 grammes environ d'un pus crêmeux et une vingtaine de calculs taillés à facettes et dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une petite noisette.

La surface interne de la vésicule, rosée par places, grisâtre en d'autres points, offre un aspect aréolaire : les cellules qui semblent creusées dans l'épaisseur des parois, allongées dans le sens transversal, sont séparées entre elles par des colonnes charnues assez résistantes.

Les cellules sont d'autant plus nombreuses et d'autant plus profondes que l'on regarde plus près du fond de la vésicule ; dans quelques-unes d'entre elles plusieurs calculs semblent enchatonnés. Au sommet même de la vésicule, on remarque trois petites ulcérations ayant précisément pour siége le fond de trois cellules. Rappelons que l'épiploon formait une enveloppe protectrice en ce point, ce qui explique l'absence d'épanchement dans le péritoine.

Quant aux conduits biliaires, ils sont dilatés : le canal cystique présente le diamètre d'un fort crayon, la valvule spiroïde est très-accusée et au niveau même de cette valvule un calcul du volume d'un gros pois obstrue le conduit. Le canal hépatique a environ 15 millim. de diamètre ; le canal cholédoque, 8 à 10 millim.

Un calcul assez régulièrement arrondi est maintenu étroitement serré, immédiatement au-dessus du point où le canal cholédoque aboutit à l'ampoule de Water.

Tous les rameaux radiculaires des conduits biliaires sont anormalement dilatés ; leur paroi est résistante, mais ne présente pas trace d'une inflammation réelle. On ne rencontre dans le foie aucun abcès. Le contenu des canaux biliaires est une bile épaisse, d'un jaune verdâtre, d'un aspect boueux. — Les divisions de la veine-porte parallèles aux conduits biliaires dilatés présentent également des parois plus résistantes, mais ne sont pas enflammées.

Kyste hydatique du foie. — Rupture spontanée dans le péritoine — Péritonite suraiguë. — Observation recueillie, par M. Seuvre.

M... Madeleine, âgée de 27 ans. Entre le 19 mai 1873 à l'hôpital Cochin. A l'âge de 13 ans on l'aurait traitée pour une fluxion de poitrine et une maladie de foie (?).

A 23 ans, fausse couche provoquée par un coup reçu dans le flanc droit. Depuis, douleurs dans cette région et grosseur au-dessous des dernières côtes droites et en avant.

Base droite de la poitrine distendue ; côtes déjetées en avant et en dehors. Saillie prononcée à la partie interne des dernières côtes droites ; rénitence élastique et fluctuation vague. Matité remontant jusqu'au quatrième espace intercostal, descendant à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Frémissement très-net : (les procédés employés pour le percevoir facilement sont indiqués dans l'observation complète publiée dans la *Gaz. médicale*.) Cautérisations successives (méthode de Récamier) sur le point le plus saillant de la tumeur.

2 *août*. — Irradiation de douleurs vives dans le ventre et élancements vers l'épaule droite.

3 *août*. — Anxiété ; douleurs atroces, tympanite, vomissements. — 4 *août*. — Pouls petit, serré, fréquent. — Mort.

Autopsie. — Épanchement dans le péritoine d'un liquide séro-purulent.

Rupture de la poche fibreuse du kyste en dehors des adhérences établies. Entre les membranes propres des hydatides et la membrane fibreuse extérieure, un demi-litre environ d'un liquide séro-purulent identique au liquide épanché et dans lequel on ne retrouve pas de crochets, ni de scolex d'échinocoques. La membrane fibreuse développée essentiellement aux dépens de la capsule de Glisson hypertrophiée, s'était peu à peu sous l'influence d'une irritation sourde renforcée du péritoine épaissi ; puis, la partie droite du diaphragme et du centre phrénique avait contracté avec elle des adhérences intimes, si bien qu'à la dernière période de l'affection, feuillet diaphragmatique de la plèvre, diaphragme, feuillet diaphragmatique du péritoine et capsule de Glisson s'étaient réunis pour constituer une membrane *fibro-vasculaire* résistante. Les 3/4 supérieurs du lobe droit du foie étaient transformés en une cavité kystique.

Le coup reçu à l'âge de 23 ans avait sans doute provoqué une inflammation du kyste et l'union de ces diverses parties ; il avait peut-être aussi entretenu et surexcité l'irritation de la face interne de la paroi fibro-vasculaire qui devient d'un aspect tomenteux, irrégulier, avec plaques fibro-cartilagineuses.

C'est à cette membrane vasculaire constamment irritée que l'on doit rapporter l'origine du liquide séro-purulent dans lequel nageaient deux grandes hydatides mères à membranes propres, intactes ; liquide qui les isolait de la paroi fibreuse ; liquide déversé en partie dans le péritoine après la rupture du kyste ; liquide enfin dans lequel le microscope n'a permis de reconnaître ni scolex, ni crochets.

Dans un cas analogue, après la rupture spontanée ou provoquée d'un kyste hydatique au dehors ou bien à la suite d'une ponction avec un trocart, l'issue isolée d'un liquide semblable identique au liquide des épanchements inflammatoires pourrait faire douter d'un diagnostic préétabli et rejeter à tort l'existence d'un kyste hydatique. Le fait précédent nous montre que l'on ne doit pas alors se prononcer d'une façon définitive : bientôt la sortie des hydatides ou du liquide spécial qu'elles renferment lèvera tous les doutes.

REVUE CHIRURGICALE

Trois cas d'arthrite blennorrhagique de l'articulation temporo-maxillaire, par le Dr C. Padova (de Pavie).

Plusieurs auteurs nient la liaison qui existe entre le rhumatisme articulaire et la blennorrhagie utérine. MM. Charcot et Lorain croient de leur côté, que cette dépendance tient plutôt à des conditions morbides des organes génitaux en général. Mais quelle que soit l'interprétation du fait, il y a une liaison clinique incontestable.

M. Padova publie trois observations, qui ne tranchent pas la question, mais qui sont très-remarquables par la localisation du rhumatisme à l'articulation temporo-maxillaire. (*Giornale italiano delle malattie veneree e delle malattie della pelle*, Fascicolo 4e an VIII).

Guérison de l'onyxis malin.

Nous avons parlé naguère (no 9) du travail de M. Vanzetti sur l'onyxis malin, et de l'emploi du nitrate de plomb dans cette maladie. M. Giacich a cherché à remplacer ce médica-

ment par un autre plus commun. C'est à la *chaux vive* qu'il s'est arrêté. Dans deux observations qu'il donne, l'action a été aussi énergique que celle du nitrate de plomb. (*Gazetta medica Italiana delle Provincie Venete*, 15 novembre 1873).

Kératite des aliénés, note du Dr A. Raggi.

M. Raggi a eu l'occasion d'observer une forme de kératite neuro-paralytique, de la plus grande importance. Elle se manifeste chez les individus cachectiques, pellagreux, et chez les aliénés dont les forces sont complétement affaiblies. Elle se présente sous la forme d'une tache cornéenne qui n'est jamais précédée de phénomènes d'irritation. Cette tache s'allonge, produit des obscurcissements de la vue, s'ulcère, et finit par être accompagnée d'injections péricornéable, épiphora, photophobie et procidence de l'iris. Lorsqu'elle se présente, elle détermine la mort des malades, et devient ainsi un élément de pronostic. Elle diffère des kératites de cause locale par : 1° la bilatéralité indépendante de la contagion et de la sympathie ; 2° son influence sur la marche ultérieure de la maladie qu'elle accompagne. Malgré sa gravité, l'auteur cite un cas de guérison, chez un maniaque cachectique ; il recommande l'occlusion de l'œil. (*Riv. clin. de Bologne*, 10 octobre 1873). G. M.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne, par le Dr J. Grasset. — In-4° de 132 pages. Paris, chez Delahaye.

L'intoxication paludéenne ne produit pas seulement des fièvres intermittentes, larvées ou pernicieuses, elle a aussi une grande influence sur d'autres affections.

Plusieurs auteurs, Grisolle, Valleix, Trousseau, Niemeyer, Frerichs, etc., etc., ont dans leurs ouvrages indiqué cette action; tous ont effleuré le sujet et personne ne l'a traité complétement. C'est cette lacune que M. Grasset a cherché à combler, du moins, en ce qui concerne les maladies des voies respiratoires.

Successivement il étudie les bronchites et les pneumonies chroniques, l'emphysème pulmonaire et les dilatations bronchiques, la gangrène du poumon, les tubercules et la phthisie pulmonaire. Toutes ces maladies peuvent-être produites par l'intoxication palustre; dans ce cas, il faut s'attendre à voir survenir comme dans les autres affections de même origine des altérations du foie et la rate et même la fièvre intermittente.

Les bronchites et les pneumonies chroniques paludéennes sont fréquentes; d'après leurs types et leurs modes d'évolution on les divise ainsi: 1° Elles peuvent affecter le type intermittent (bronchites intermittentes, pneumonies intermittentes). Elles deviennent alors chroniques par la répétition des accès ; 2° Elles peuvent affecter dès le début le type continu mais alors deux cas peuvent se présenter: *a*. Elles peuvent débuter par une série de poussées aiguës et ne devenir chroniques que consécutivement : *b*. Elles peuvent être chroniques d'emblée et évoluer graduellement.

Au point de vue anatomo-pathologique, les pneumonies paludéennes doivent être rangées dans le catégorie des pneumonies interstitielles ou scléroses pulmonaires.

L'impaludisme peut développer la phthisie pulmonaire de deux manières: 1° par bronchite chronique et dilatations bronchiques; 2° par pneumonie chronique et excavations consécutives. Quand les tubercules ou la phthisie existent déjà par une autre cause, l'impaludisme a t-il une influence sur leur évolution? L'auteur ne formule pas son opinion.

A l'appui de son travail M. Grasset rapporte un grand nombre d'observations prises par lui pendant son internat dans les hôpitaux de Montpellier ou puisés dans des ouvrages recommandables et il conclut que l'impaludisme devrait occuper, à coté de l'alcoolisme et de la tuberculose, une grande place dans l'étiologie générale des affections des voies respiratoires. G. du Basty.

Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose, par J. Bergeaud. — Brochure in-8° de 54 pages. Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

La question de la nature des manifestations laryngées de la tuberculose est toute moderne ; il y a en présence deux écoles distinctes : l'une niant l'existence de la laryngite tuberculeuse, l'autre la soutenant. M. Jaccoud a une opinion qui est une transition entre les deux côtés : avec la première il admet des ulcérations survenues chez les tuberculeux (laryngites constitutionnelles); avec la seconde il décrit la laryngite tuberculeuse.

Disons de suite que l'existence de la laryngite tuberculeuse est maintenant bien prouvée; Vulpian, Virchow, Hérard et Cornil, Krishaber et Peter ont donné à l'appui de cette manière de voir des documents importants, et dernièrement dans un travail important, notre ami M. Thaon nous parait avoir complétement tranché la question dans le sens de la tuberculose laryngée. C'est l'avis que partage M. Béhier, et le travail de M. Bergeaud est fait sous l'inspiration de ce professeur. Quelques observations, avec examen microscopique par M. Liouville, donnent une nouvelle valeur à cette opinion. M. Bergeaud s'occupe ensuite du traitement; nous n'y trouvons aucun fait nouveau, sinon que, suivant en cela M. Krishaber, il fait à l'éponge un procès assez mérité. Somme toute la tuberculose laryngée reste toujours d'une guérison très-difficile. G. P.

VARIA

Homicide par imprudence. — Emploi du chloroforme. — Dommages-intérêts. — On sait qu'il y a quelques mois, une dame Caron, conduite par son mari chez un dentiste de Lille, qui la chloroforma sous ses yeux, succomba à l'action de l'agent anesthésique.

Condamné à Lille à un mois de prison et 500 fr. d'amende pour homicide par imprudence, le dentiste fut déchargé en cour d'appel de la peine d'emprisonnement.

C'est alors que M. Caron, bien qu'ayant donné par sa présence pleine autorisation à l'emploi du chloroforme, que sa femme avait déjà subi sans inconvénient, crut pouvoir se fonder sur ces jugements pour réclamer des dommages-intérêts tant en sa faveur qu'en celle de son fils mineur. Ses prétentions s'élevaient au chiffre de 20,000 francs.

Le tribunal après la clôture des débats, avait mis l'affaire en délibéré pour jugement être rendu vendredi dernier. Considérant que l'arrêt du tribunal de Lille et celui de la cour d'appel de Douai consacrent, comme chose jugée, le fait d'homicide par imprudence à la charge dudit dentiste, il a condamné celui-ci à 1,000 fr. en faveur de M. Caron ; 3,000 fr. placés en rente d'Etat sur la tête de son fils mineur, pour remise lui en être faite à sa majorité.

Empoisonnement ; responsabilité de l'élève en pharmacie. Le 21 janvier au soir, une dame P., vint demander à la pharmacie P., de C., pour vingt centimes de sel de soude, afin de donner une purgation à son enfant, âgé de neuf ans et demi. Ce médicament lui fut remis par le sieur D., élève en pharmacie.

Le lendemain matin, elle le fit prendre à son enfant, après l'avoir fait dissoudre dans du café noir ; dès la première gorgée, l'enfant s'écria que le breuvage était trop mauvais. Sur les instances de sa mère, l'enfant essaya d'avaler le breuvage, mais des vomissements subits l'empêchèrent de continuer.

Madame P., crut que ces vomissements provenaient du dégoût causé par la médecine, et elle se hâta d'aller dans sa cuisine préparer une tasse de thé ; mais un cri de son malheureux fils la rappela bientôt : « Maman que je souffre ! Embrasse-moi ! » s'écria-t-il, et presque aussitôt il rendit le dernier soupir.

Il est impossible de peindre le désespoir de la malheureuse mère et du père, marin de l'Etat, et qui, le matin, en se rendant au port, ne pouvait prévoir la terrible catastrophe qui l'attendait au retour. Madame P., dès les premiers vomissements, avait envoyé chercher le docteur G. ; mais celui-ci ne put que constater la mort de la victime. La justice commença de suite une enquête sur les indications de madame P., et, le 24 mars, les sieurs D. et P. comparaissaient devant le tribunal correctionnel de C. ; le premier, sous l'inculpation d'homicide par imprudence, et le second comme civilement responsable.

L'autopsie du cadavre et l'analyse chimique de la boisson, démontrèrent que l'enfant avait absorbé, au lieu de sel de soude, du sel de cuivre. Le tribunal prononça contre D. une simple peine de trois mois de prison et 100 francs d'amende, et déclara le sieur P. civilement responsable.

Devant la cour, le sieur D. vient prétendre, non-seulement qu'aucune erreur ni imprudence n'a eu lieu de sa part, mais encore que la dame P. ne s'est nullement présentée à la pharmacie P., dans la soirée du 21 janvier. Ce

système de défense tendrait donc à établir que M. P. fait un mensonge, ce qui est inadmissible en présence de la parfaite honorabilité de ce témoin, et des indications précises qu'elle a données dès le moment de la mort de son enfant, alors que sous le coup d'une immense douleur, elle envoya dire chez M. P. que la médecine qu'elle avait prise la veille dans son officine avait produit les résultats les plus désastreux. Dans ces circonstances, la cour de C., a confirmé purement et simplement le jugement du tribunal de C. (*Union pharmaceutique*).

Le nouvel Hotel-Dieu. — Un arrêté de mise en demeure va être notifié aux entrepreneurs des travaux de construction du nouvel Hôtel-Dieu, pour les inviter à reprendre les travaux suspendus depuis quelque temps. Les difficultés qui se sont élevées entre l'administration municipale et les entrepreneurs adjudicataires des travaux ont pour cause principale le règlement des dommages-intérêts auxquels prétendent les entrepreneurs, par suite de la suspension des travaux pendant le siége de Paris et la Commune. Ces derniers en avaient appelé devant le Conseil de préfecture de la Seine chargé de statuer sur les réclamations de cette nature; mais le conseil a déclaré les entrepreneurs mal fondés dans leur demande, en ce sens que, les travaux n'étant pas terminés, le règlement des dommages et intérêts, s'il y a lieu d'en accorder, doit être différé jusqu'au moment de la réception des travaux.

Devant la décision du Conseil de préfecture, les entrepreneurs ont porté l'affaire au Conseil d'Etat. Mais, en attendant, les intérêts de la ville restent en souffrance; un capital énorme se trouve immobilisé, et les malades attendent l'emplacement qui leur est promis depuis si longtemps. Des travaux considérables restent encore à exécuter, des remaniements complets dans la distribution et dans l'aspect des constructions doivent avoir lieu d'après le plan adopté par le Conseil municipal. Il est temps que la question du nouvel Hôtel-Dieu se termine, car le nouvel Opéra sera prêt avant l'Hôtel-Dieu. (*Journaux divers.*) La dernière raison invoquée est quelque peu enfantine. Pour notre compte, nous aurions préféré que les constructions ridicules connues sous le nom de nouvel Hôtel-Dieu, avaient été utilisées soit par l'administration des postes, soit par tout autre administration publique ou particulière. Il suffit de visiter ces constructions ramassées, sans lumière, sans air, pour se convaincre qu'on ne fera jamais là un bon hôpital; c'est un bien triste héritage que nous laisse et M. Husson et son maître.

Reconstruction de l'Ecole pratique de médecine et des facultés des lettres et des sciences. — M. Perrin, au nom de la 5e commission propose à l'adoption du conseil le projet de délibération dont la teneur suit: Le Conseil, — vu, etc., — délibère :

Art. 1er. — Sont approuvés en principe, dans la limite d'une dépense totale de 7 millions, les projets relatifs à l'amélioration ou à la reconstruction de divers établissements d'enseignement supérieur.

Art. 2. — Le conseil se réserve l'examen et l'approbation ultérieurs des plans qui lui sont proposés, ainsi que l'adoption définitive des voies et moyens proposés à l'exécution desdits projets.

Art. 3. — Il demeure entendu : 1° Que l'Etat contribuera pour moitié, soit 3,500,000 fr., dans les dépenses de toute nature auxquelles donnera lieu l'amélioration ou la reconstruction des édifices dont il s'agit, la ville de Paris ne pouvant être tenue de dépenser pour sa part, soit pour l'ensemble des travaux, soit même dans le cours d'un même exercice, une somme supérieure à celle fournie par l'Etat.

2° Que les difficultés relatives à la propriété de tous les bâtiments, non-seulement des Cliniques, mais de ceux de l'École de médecine proprement dite, seraient, préalablement à tout commencement des travaux, résolues par l'attribution à la ville de la pleine propriété de ces immeubles. La non-acceptation par l'Etat de l'une des clauses sus-indiquées dégagera la ville de toutes obligations résultant de la présente délibération.

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Martial-Bernard, Perrin, Beudant, Rigaut, Dubief, Depaul, Lavocat, Cantagrel, Lockroy, Watel, Floquet, Nadaud, M. le directeur des travaux publics et M. le préfet, plusieurs membres du conseil demandent le renvoi de l'affaire à une autre session.

M. Floquet propose un ordre du jour motivé ainsi conçu : « Le conseil, décidé à prêter son concours au gouvernement pour l'amélioration des établissements d'instruction supérieure à Paris, espère que l'administration voudra bien présenter prochainement un projet dans ce sens, et passe à l'ordre du jour. »

M. Depaul propose la résolution suivante : « Le conseil, pénétré de l'importance qu'il y a à développer l'enseignement supérieur, se déclare prêt à voter les 3,500,000 fr., lorsqu'une commission aura étudié les projets qui lui seront soumis et que ces projets auront été adoptés par nous. » L'ordre du jour pur et simple, mis au voix, est adopté. (*Conseil municipal de Paris.*)

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. Labbé. Salle des femmes : 12 abcès intra-osseux ; — Salle des hommes : 26, ostéo-périostite du grand trochanter ; — 13, rétrécissement intestinal consécutif à une fièvre typhoïde.

Service de M. Gallard. Salle des femmes : 6, stomatite mercurielle ; — 19, dilatation bronchique ; — 23, paralysie faciale rhumatismale, syphilis secondaire ; — 32, chorée avec rétrécissement et insuffisance mitrale et hémiplégie gauche. — Salle des hommes : 7, affection cardiaque ; — 20, albuminurie a frigore.

Service de M. Lasègue. — Salle des femmes : 7, purpura hémorrhagica ; — 10, hématocèle rétro-utérine ; — 18, atrophie musculaire progressive. — Salle des hommes : 6, leucocythémie ; 12, affection cardiaque ; — 43, albuminurie ; — 46, affection cardiaque.

Hôpital Saint-Louis. M. Hardy. — Salle Saint-Jean : 12, eczéma impétigineux de la face ; — 14, syphilide vésico-pustuleuse ; — 16, syphilide papuleuse plate ; — 21, eczéma lichénoïde ; — 28, impétigo de la face et des mains ; — 27, syphilide pustulo-crustacée ; — 20, chancre mou du frein, bubon suppuré ; — 33, syphilide ulcéreuse, périostose du tibia ; — 46, syphilide ulcéreuse de la jambe et sarcocèle syphilitique.

M. Lailler. — Salle Sainte-Foy : 1, lupus érythémateux de la face ; — 17, syphilide papuleuse confluente ; — 24, lichen agrius. — Salle Saint-Mathieu : 25, eczéma généralisé ; — 42, ozène syphilitique ; — 58, syphilide papuleuse et pityriasis versicolor, perforation de la cloison nasale.

M. Lailler fait ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, tous les vendredis, à 9 heures.

M. Péan. — Salle Sainte-Marthe : 56, ankylose du genou, traitée par la rupture et un appareil mécanique ; — 57, ulcération cancroïdale du cou ; — 58, tumeur fibreuse du petit bassin ; — 70, fracture sus-malléolaire ; — 75, rétrécissement syphilitique du rectum. — Salle Saint-Augustin : 14, orchite blennorrhagique à bascule, sciatique ; — 16, abcès du périnée ; — 32, carie du sinus frontal syphilitique ; — 52, cancroïde de la lèvre inférieure ; — 57, kyste synovial dans la gaîne du cubital postérieur.

Hôpital des Enfants malades. — M. de Saint-Germain fait ses leçons cliniques sur les maladies chirurgicales, tous les jeudis à 9 heures.

Hôtel-Dieu. Service de M. Fauvel, salle St-Julien : — n° 3, Fièvre typhoïde ; pneumonie lobaire au 5e jour de la fièvre typhoïde ; — n° 7, convalescent de fièvre typhoïde très-grave (hémorrhagies intestinales), rupture et hémorrhagie intra-musculaire (muscles de l'avant-bras) ; — n° 8, ictère ; — n° 25, abcès lombaire, (mal de Pott ? — abcès pinéphrique ?) ponctionné 2 fois et ouverture spontanée par l'un des orifices laissés par le trocart.

Service de M. Fremy. — Saint-Lazare : n° 16, hydro-pneumothorax ; — n° 25. insuffisance mitrale. — Saint-Martin : pleurésie avec épanchement ; — n° 16, ataxie locomotrice.

Service de M. D. Beaumetz. — Salle Saint-Pierre : n° 12, tumeur du cerveau ; — n° 14, grossesse (?). — Plusieurs rhumatismes (propylamine).

Service de M. Richet. — Salle Saint-Charles : n° 5, tumeur blanche du genou, ignipuncture ; — n° 12, fracture de la clavicule, fracture de côtes. Emphysème de la paroi thoracique ; — n° 13, sarcome du sein (?) ; — n° 21, tumeur blanche du genou, ignipuncture.

NOUVELLES.

Mortalité a Paris. — Population : 1.851.792 habitants. Pendant la semaine finissant le 5 décembre on a constaté 745 décès, savoir : Variole, 0 décès ; — rougeole, 10 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 29 ; — pneumonie, 63 ; — dyssenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 11 ; — croup, 7 ; — affections puerpérales, 9 ; — affections aiguës, 190 ; — affections chroniques, 321, dont 158 dus à la phthisie pulmonaire ; — affections chirurgicales, 46 ; — causes accidentelles, 25.

Lyon. Du 17 au 30 novembre, 307 décès. Variole, 0 ; — scarlatine, 0 ; — rougeole, 1 ; — fièvres continues, 16 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 9 ; — pneumonie, 23 ; — pleurésie 3 ; — dyssenterie, 1 ; — diarrhée, 6 ; — cholérine, 1 ; — choléra, 1 ; — angine couenneuse, 2 ; — croup, 4 ; — affections puerpérales, 0 ; — affections cérébrales, 34 ; — maladies du cœur, 18 ; — phthisie, 55 ; — catarrhe pulmonaire, 27 ; — autres maladies aiguës, 18 ; — autres maladies chroniques, 50 ; — affections chirurgicales, 29 ; — causes accidentelles, 6.

Londres. — Population 3.356.073 habitants. Décès du 23 au 29 novembre : 1585. Variole, 3 ; — rougeole, 121 ; — scarlatine, 16 ; — fièvre typhoïde, 33 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite, 285 ; — pneumonie, 127 ; — dyssenterie, 2 ; — diarrhée, 15 ; — choléra nostras, 2 ; — diphtérie, 8 ; — croup, 26 ; — coqueluche, 34 ; — autres causes, 901.

Choléra. *Hollande* : il y a eu quelques cas de choléra à Bréda et à Berg-op-Zoom.

Belgique. Depuis le 10 octobre des cas de choléra se sont montrés à Anvers. Son importation, quoique infiniment probable, par voie d'eau, n'est pas encore parfaitement démontrée. Du 10 au 31 octobre, il y a eu 69 cas, dont 34 décès ; du 1er au 25 novembre, 46 cas et 37 décès ; soit en tout, 115 cas et 71 décès... La marche de cette petite épidémie est franchement décroissante... (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*).

Ecole pratique des hautes études. — *Laboratoire d'histoire zoologique.* Directeur : M. Ch. Robin. Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux ont lieu tous les jours de 10 heures du matin à 6 heures

du soir, au Laboratoire, rue du Jardinet, 8, où les élèves doivent se faire inscrire près du directeur adjoint : G. POUCHET.

CONCOURS. — *Internat.* — Questions orales : Anatomie topographique du cou-de-pied, — Symptômes et accidents consécutifs de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — Rapport du rein, — Accidents consécutifs de la lithiase rénale, — Cœcum, — Invagination intestinale.

Externat. Questions : Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Des brûlures ; — Contusion.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le bureau de cette Société pour l'année 1874 est ainsi composé : Président honoraire : M. Husson ; Président, M. Bonvalet ; Vice-Présidents : MM. Gibert et Poignet ; Secrétaire-Général : M. Passant ; Secrétaires : MM. Baudonin et Dupouy ; Trésorier : M. Magnin ; Archiviste : M. Machelard ; Membres du Conseil de famille : MM. Chaillery, Donadieu et Lanquetin. — Nous sommes profondément étonnés de voir en tête de la composition du Bureau de la Société des Médecins des Bureaux de Bienfaisance, le triste administrateur auquel nous devons deux de nos plus déplorables créations hospitalières : le nouvel Hôtel-Dieu de Paris et l'hospice maritime de Berck.

NÉCROLOGIE. M. A. DE LARIVE, un des plus illustres physiciens de nos jours, vient de mourir à Marsaille. M. le Dr AUDHOUIT, médecin du navire *La Ville-du-Hâvre* est au nombre des victimes du naufrage de ce navire.

SAGES-FEMMES. — Sur le rapport de M. Hérédia, le Conseil général a voté 4,300 francs pour entretien d'élèves sages-femmes à l'Ecole d'accouchements, et 1,500 francs pour prix aux élèves sages-femmes et frais de concours.

HOPITAUX DE LYON. — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. 1. —Duchamp, Carel, Sabatier, Calignon, Drey, Jacob, Boisson, Tuloup, Durand, Pangon. — 11. Pitavy, Revillet, Ferlay, Bertholon, Gaillard, Lemoine, Julliard ; Poney, Chatillon, Sainclair, — 21. Bruyère, Lebard, Roux, Vacher et Monnier. (*Lyon méd.*)

ECOLE DE MÉDECINE DE LYON, — M. le docteur Morat, ancien interne des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques.

VACANCE MÉDICALE. — On demande un médecin dans un chef-lieu de canton dépourvu de praticien, et qui peut encore offrir environ vingt communes à desservir dans un rayon très-rapproché. — S'adresser au maire de Cormeilles (Eure). (*Gaz des hôpitaux.*)

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES : directeur A. DECHAMBRE. Vient de paraître la 2e partie du tome XIVe de la première série. Ce demi-volume contient, entre autres, les articles suivants : Tumeurs du cerveau, par Ball et Krishaber ; — Cervelet, par Marc Sée (anatomie), Leven (physiologie), Blachez (pathologie) ; — Ligament cervical, plexus cervical, par Hénocque ; ; — Chalazion, par Warlomont ; — Chaleur par Gavarret ; etc. Le volume, 10 fr.

Librairie A. DELAHAYE.

BERGEAUD (J.). Recherches sur la nature et le traitement des manifestations laryngées de la tuberculose. In-8° de 54 pages, 1 fr. 50.

CAZENAVE (A.). Bibliothèque médicale *Les Gourmes*. In-8° de 60 pages, 2 fr.

LEGRAND DU SAULLE. La folie héréditaire. Leçons professées à l'Ecole pratique. In-8° de 76 pages. 2 fr. 50.

MALASSEZ (L.). De la numération des globules rouges du sang. Des méthodes de numération ; — de la richesse du sang en globules rouges dans les différentes parties de l'arbre circulatoire. In-8° de 76 pages.

ROSAPELLY (Ch.-L.). Recherches théoriques et expérimentales sur les causes et le mécanisme de la circulation du foie. In-8° de 76 pages avec 24 figures. 2 fr. 50.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. Comptes-rendus des séances, fascicule 2 : avril-juillet 1873. Les comptes-rendus et mémoires forment un fort volume avec planches. 7 fr.

AVIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

Le Bain ou Sel de Pennès est actuellement dans des flacons, bouchés par un cachet de garantie et recouverts par un étui ou rouleau de carton, également bouché aux deux bouts avec la marque de fabrique spéciale.

Cette modification onéreuse permettra : 1° d'assurer l'action aussi bien que la conservation du produit, malgré les changements de température auxquels il sera exposé ; 2° de le préserver des contrefaçons, imitations et manipulations plus ou moins frauduleuses ; 3° de simplifier son usage, en supprimant l'opération de son mélange avec l'huile essentielle au moment de s'en servir.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — No 28 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 20 DÉCEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an.................. 16 fr.
Six mois............. 8 »

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL SAINT-ANTOINE — M. DUPLAY.

De la péri-arthrite scapulo-humérale.

(Leçon recueillie par H. DURET, interne des Hôpitaux.)

Messieurs,

Je suis très-heureux en reprenant mes leçons cliniques de vous parler d'une affection chirurgicale extrêmement commune, mais jusqu'ici peu connue: la *péri-arthrite scapulo-humérale*. Un des malades du service, atteint de cette affection, va me permettre de vous en tracer les principaux traits. Vous pourrez ainsi constater l'exactitude de la description, que je vais vous faire.

L... Jacques, maçon, âgé de 44 ans, reçut en travaillant une lourde planche sur le bras droit. Le membre gonfla et devint douloureux: le malade voulut continuer son travail, malgré la souffrance. Mais il fut pris de fièvre, et contraint d'entrer à l'hôpital, dans le service de M. le Dr Mesnet. Celui-ci le soigna pendant plusieurs semaines d'une fièvre typhoïde, durant laquelle un phlegmon du bras survint, et nécessita l'intervention chirurgicale. Quand le malade fut guéri de sa fièvre typhoïde il s'aperçut que les mouvements de son bras étaient difficiles et douloureux. C'est alors, qu'il entra dans notre service, au lit no 15 de la Salle St-Barnabé.

Si, après l'avoir fait déshabiller complétement, on se place derrière lui, et si on lui commande d'élever à la fois les deux bras, il est facile de constater une différence entre les mouvements des deux côtés.

Du côté gauche, l'humérus s'éloigne de l'omoplate sans que ce dernier os subisse le moindre déplacement jusqu'à ce que le bras ait atteint sensiblement la ligne horizontale ; à partir de ce point, si l'humérus continue à s'élever, l'omoplate prend part au mouvement, et, pivotant autour de ses articulations claviculaires, subit un déplacement tel que son angle inférieur se porte en dehors, d'autant plus que l'élévation du bras s'accentue davantage.

Du côté droit, au contraire, à peine le bras s'est-il écarté du tronc, que l'omoplate, entraînée par l'humérus, se porte en dehors, son angle inférieur faisant une saillie très-accusée sur les côtés du thorax. Il semble que pendant tout le mouvement, l'angle formé par le bord externe de l'omoplate et l'humérus ne varie pas. Il est, du reste, facile de s'en assurer; car, si d'une main on fixe l'angle inférieur de l'omoplate et que de l'autre on cherche à élever le bras, ce mouvement est absolument impossible: si l'on insiste, la main qui maintient l'omoplate est entraînée avec elle. Il y a des cas moins accusés, mais toutes les fois que vous voyez l'omoplate commencer son mouvement de bascule avant que le bras n'ait atteint l'horizontale vous pourrez affirmer l'existence d'une affection de l'articulation scapulo-humérale.

Ce n'est pas seulement l'abduction du bras qui est gênée: tous les autres mouvements sont plus ou moins compromis. L'élévation et l'abaissement, la rotation sont difficiles ; l'omoplate y prend part. De plus, il est tout à fait impossible au malade de porter la main derrière le dos: c'est que dans ce mouvement l'omoplate ne peut suppléer à la rotation de la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde.

Quelle est donc, Messieurs, l'affection qui se traduit par une telle gêne dans les mouvements? On peut songer à une arthrite, à une ankylose, à des fongosités articulaires, à une hydarthrose, à un rhumatisme localisé....

Mais ce malade n'a pas de douleurs ; on peut malaxer pour ainsi dire la périphérie de l'articulation sans qu'il accuse de souffrance. Il n'y a pas de gonflement, pas de déformation ; la fièvre n'existe pas, et depuis trois semaines cet ensemble symptomatique ne varie pas. N'abusons pas du mot rhumatisme : il ne peut en être question ici.

Une arthrite aiguë, des fongosités articulaires donnent lieu à des déformations articulaires et à un aspect de la région que vous ne rencontrez pas dans ce cas. Une articulation présente toujours des points faibles par lesquels on peut explorer sa sensibilité: pour l'épaule ces points sont l'interstice du grand pectoral et du deltoïde, la partie postérieure de l'acromion, le creux de l'aisselle. Vous comprimez en vain l'articulation scapulo-humérale aux endroits indiqués : le malade n'accuse aucune douleur. L'arthrite aiguë, les fongosités articulaires, l'hydarthrose doivent donc être rejetées.

Mais l'arthrite chronique ou plutôt les suites d'une ar-

thrite aiguë, peuvent donner lieu à la formation de brides fibreuses intra-articulaires qui immobilisent plus ou moins l'articulation, de manière à donner lieu à la gène des mouvements qui constitue le symptôme dominant de l'affection que nous avons sous les yeux. En un mot, s'agit-il ici d'une ankylose?

En présence d'une autre articulation que celle de l'épaule, ce serait, en effet, le diagnostic le plus satisfaisant. Mais, on peut admettre qu'il existe en dehors de l'articulation scapulo-humérale proprement dite une seconde articulation entre la face inférieure de la voûte acromio-coracoïdienne et l'extrémité supérieure de l'humérus revêtu par son périoste et les tendons qui viennent s'insérer aux tubérosités. Cette seconde articulation est comme la première, garnie d'une bourse séreuse qui s'étend très-loin, en bas, entre la face profonde du deltoïde et l'humérus.

Dans le mouvement d'abduction du bras, l'extrémité supérieure de l'humérus, en même temps qu'elle glisse de haut en bas dans la cavité glénoïde, s'enfonce de dehors en dedans, au-dessous de l'acromion; c'est seulement lorsque l'humérus est devenu horizontal et rencontre l'acromion que l'omoplate bascule de dedans en dehors et achève le mouvement d'abduction. Supposez maintenant que, pour une cause ou pour une autre, des brides fibreuses se soient développées dans cette seconde articulation et fixent d'une part la tête de l'humérus à la voûte acromio-coracoïdienne, et, de l'autre, attachent la face profonde du deltoïde au corps de l'os, tout mouvement de l'humérus sur l'omoplate sera impossible. Ces deux os formeront un levier coudé dont les deux branches ne pourront en aucun moment être indépendantes l'une de l'autre. Il en résultera qu'aussitôt qu'on essayera d'écarter le bras du tronc, l'omoplate suivra le mouvement: il n'attendra pas, comme à l'état normal, que celui-ci soit horizontal. C'est précisément ce qui se produit chez notre malade. Vous voyez qu'à chaque tentative d'abduction l'humérus entraîne l'omoplate. Nous avons donc affaire à une inflammation qui siége en dehors de l'articulation: à une *péri-arthrite scapulo-humérale*. Ce n'est pas là une distinction purement pathologique: l'ankylose en diffère beaucoup au point de vue de l'intervention chirurgicale, comme vous allez vous-mêmes en être témoins dans un instant.

Permettez-moi auparavant de vous exposer, en quelques mots, l'histoire de la péri-arthrite. Cette affection n'était pas connue avant que j'en aie indiqué les principaux caractères dans un mémoire que j'ai publié dans les *Archives de médecine*, en novembre 1872. Jarjavay cependant, avait décrit avant moi la forme aiguë de la péri-arthrite scapulo-humérale. D'après ce savant professeur, les contusions de l'épaule, les torsions du bras sont très souvent suivies d'inflammations de la bourse séreuse sous-acromiale. Les caractères de cette lésion sont les suivants: gonflement du moignon de l'épaule, douleur qui empêche les mouvements du bras, principalement l'abduction; avant-bras fléchi sur le bras, avec rigidité du biceps et fatigue au pli du coude; augmentation de la douleur et crépitation au-dessous de l'acromion, quand on élève le bras du malade dans l'abduction; disparition de la douleur et retour des mouvements par le repos, l'application d'une écharpe sous l'avant-bras et de compresses trempées de liquides résolutifs sur le moignon de l'épaule. Nous avons nous-mêmes constaté l'exactitude de la description de Jarjavay sur des malades qui avaient fait une chute ou reçu un coup sur le moignon de l'épaule. Mais dans le cas présent il s'agit d'une affection chronique, que les auteurs qui m'ont précédé n'avaient pas signalée.

L'observation d'un grand nombre de malades présentant les caractères de l'affection dont notre sujet est atteint, et la possibilité de rompre et de guérir assez facilement la prétendue ankylose, m'avaient porté à admettre que la lésion était située en dehors de l'articulation, qu'il s'agissait d'une péri-arthrite. Une autopsie faite sur un malade de mon service, que j'avais soigné d'une péri-arthrite à Beaujon en mai 1870, est venu confirmer mon diagnostic. Au lieu du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui occupe la face profonde du deltoïde, je trouvai un tissu fibreux extrêmement résistant, constituant des brides, des lames irrégulièrement disposées qui fixaient la tête de l'humérus à l'acromion et son corps à la face profonde du deltoïde. La capsule articulaire au contraire était à peu près saine.

Depuis, dans une seconde autopsie, dont la relation m'a été fournie par M. le docteur Lamare, ancien interne des hôpitaux, médecin à l'hôpital de Saint-Germain, on a constaté absolument les mêmes lésions. Il existe donc au point de vue pathologique, comme au point de vue clinique, une péri-arthrite scapulo-humérale à marche chronique.

Malgré l'évidence de la démonstration pathologique, quelques chirurgiens m'ont fait l'objection suivante: bien des cas de ces prétendues péri-arthrites ne sont que des ankyloses fibreuses. Mais, Messieurs, comment expliquer que des brides fibreuses intra-articulaires se présentent toujours avec les mêmes caractères (direction, longueur, situation), et permettent en un mot, le même degré d'écartement du bras? Car, dans la péri-arthrite scapulo-humérale, les mouvements sont toujours les mêmes; et cette particularité est due à la situation constante et à la disposition connue des brides fibreuses sous la voûte acromiale et sous le deltoïde.

Jusqu'à présent, je ne vous ai décrit que les caractères spéciaux de la péri-arthrite: il est bon de vous signaler encore quelques symptômes fréquents. Non-seulement il existe de la douleur lorsqu'on cherche à forcer le mouvement d'abduction du bras, mais la pression peut encore en déterminer, au-dessous du bord externe de l'acromion et surtout en arrière et au niveau de l'insertion humérale du deltoïde.

Enfin, il existe encore quelquefois un point douloureux au niveau de l'apophyse coracoïde, et la douleur s'exaspère lorsqu'on imprime des mouvements d'extension à l'avant-bras. Celui-ci est ordinairement à demi-fléchi. Souvent les fausses membranes compriment les troncs nerveux voisins et il y a de vives douleurs spontanées sur le trajet des nerfs circonflexe, cubital, et brachial cutané interne.

Si la péri-arthrite dure un certain temps, l'atrophie du deltoïde survient presque fatalement autant sous l'influence de la lésion anatomique que sous celle de l'immobilité à laquelle le muscle en particulier se trouve condamné. Il y a alors un aplatissement marqué du moignon de l'épaule.

La péri-arthrite est souvent méconnue des chirurgiens; elle prive le malade de l'usage du membre si on n'intervient pas à bref délai.

Lorsqu'on a affaire à une péri-arthrite chronique, le seul moyen de procurer une guérison rapide et complète, c'est de rompre, de vive force, en une seule séance, les adhérences et les brides fibreuses. Pour cette opération qui peut à la rigueur être répétée, si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant, il est indispensable de chloroformer le malade. C'est ce que je vais faire tout à l'heure sous vos yeux sur le malade du service. Un aide fixera le tronc à l'aide d'une alèze passée sous les bras; un second aide chloroformera le malade. Je fixerai alors l'omoplate avec la main gauche, et j'imprimerai de larges mouvements dans tous les sens, mais surtout des mouvements d'adduction et d'abduction au bras droit du malade, en le saisissant fortement de ma main droite. Ne soyez pas surpris des craquements que vous entendrez: ils sont quelquefois très-violents. On croit avoir fracturé le bras du malade: ce sont les fausses membranes fibreuses qui se rompent avec bruit. Ne croyez pas, Messieurs, qu'après avoir rompu les adhérences vous aurez complétement guéri votre malade. Les soins consécutifs sont importants, indispensables.

Nécessairement l'opération détermine une inflammation et de nouvelles fausses membranes peuvent se produire. Il faut que tous les jours, le chirurgien lui-même, imprime au bras de son malade, des mouvements progressifs. Il y a là une sorte de gymnastique qu'il ne faut pas négliger.

Laissez dans l'intervalle le bras reposer sur une écharpe. Combattez l'atrophie musculaire par l'électricité, les douches, le massage. En un mot, n'abandonnez votre malade que quand vous serez certains que l'épaule a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

PATHOLOGIE INTERNE

Note pour servir à l'histoire de l'endocardite ulcéreuse (1).

Par le docteur **A. KELSCH**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Quoiqu'incomplète de ce côté, l'observation précédente me paraît cependant avoir un intérêt clinique qu'il n'est pas inutile de mettre en relief au point de vue de la nosographie.

Il s'agit, en résumé, d'un jeune homme de 21 ans, doué d'une constitution chétive, qui, sans rhumatisme antérieur, fut pris vers le 22 octobre de frissonnements erratiques, de fièvre et de douleurs articulaires. Il est vu pour la première fois le 3e jour de sa maladie, et déjà, chose importante à noter, des phénomènes généraux graves, la prostration, de la somnolence, de l'hébétude dominent les déterminations arthropathiques. Sans ces dernières, on pourrait croire à une fièvre typhoïde à symptômes nerveux précoces, comme il n'était pas rare d'en observer à cette époque ; mais, dans l'espèce, la notion de l'arthrite devait décider le diagnostic et reléguer les symptômes généraux au 2e plan. J'admis donc un rhumatisme polyarticulaire, modifié dans son expression générale par les conditions individuelles, mais surtout par les conditions hygiéniques, le découragement, la nostalgie, les fatigues, la nourriture insuffisante, etc.

Il peut sembler qu'il eût été plus logique d'admettre dès lors un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite ulcéreuse; mais il m'était impossible de rapporter le souffle systolique si faible de la base à une altération profonde de l'endocarde qui se serait développée depuis trois jours seulement ; je tins ce souffle pour inorganique : ceux-ci ne sont rien moins que rares dans l'anémie rhumatismale.

Mais peu à peu le symptôme cardiaque en question s'accuse de plus en plus. La maladie s'aggrave progressivement au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques qui laissent bien loin derrière eux les arthropathies, lesquelles cependant persistent jusqu'à la fin. Nous avions devant nous le tableau classique de ce qui est décrit sous le nom d'endocardite ulcéreuse à forme typhoïde. Le diagnostic avait été posé pendant la vie, et fut vérifié ainsi que nous l'avons vu par l'autopsie.

Une seule chose, mais une chose capitale, ne cadrait pas avec les notions classiques : c'est le développement d'emblée des symptômes typhoïdes et leur préexistence manifeste aux signes bien nets de l'affection ulcéreuse de l'endocarde. Cette observation touche à l'un des points fondamentaux de l'histoire de l'endocardite ulcéreuse. Cette histoire, on le sait, ne remonte pas à bien haut : c'est de nos jours seulement que cette maladie a été inscrite comme affection distincte dans le cadre nosologique, mais on n'a pas encore su lui assigner une place définitive.

Quand la clinique produit une individualité morbide nouvelle, on s'empresse de faire plier toutes les circonstances de pathogénie et de nature au joug de la doctrine médicale régnante, quitte à revenir plus tard sur cette systématisation prématurée. Je crois que cette proposition se justifie une fois de plus dans l'histoire de la maladie qui nous occupe.

L'endocardite ulcéreuse a pris place dans le domaine classique avec le mémoire de Senhouse Kirkes (*Arch. de médecine*, 1853, T. I.) à l'époque où l'Ecole allemande venait de mettre en lumière le rôle de la métastase embolique. L'embolie devient pour le professeur anglais la clef de tous les accidents locaux et généraux qui accompagnent l'endocardite rhumatismale simple et ulcéreuse : il signale, sans le démontrer toutefois, la relation pathogénique qui existe entre les infarctus multiples et les dépôts fibrineux du cœur ; puis il admet, toujours sans le prouver, que dans l'endocardite typhoïde, dont il rapporte une observation (la 4e de son premier mémoire), c'est la fibrine réduite en granulations très-fines qui, par son mélange, produit les phénomènes généraux graves.

Ce qui, dans le travail de l'auteur anglais, n'était qu'une induction plus ou moins légitime, devient pour ainsi dire chose démontrée entre les mains de Virchow, grâce à la précision et à la rigueur scientifiques qui président à ses recherches. Le professeur de Berlin marque ainsi une date dans l'endocardite ulcéreuse dont il signale la fréquence dans l'état puerpéral, dont il étudie avec soin les caractères anatomiques : gonflement des cellules plasmatiques de l'endocarde, puis ramollissement et dissociation en un détritus pultacé qui au microscope paraît opaque, finement grenu, et résiste à peu près absolument à l'action de réactifs énergiques, acides minéraux et solutions alcalines concentrées. Le professeur allemand, à l'aide de ces réactifs, démontre l'idendité des détritus valvulaires d'une part, et d'autre part des produits trouvés dans les vaisseaux oblitérés au milieu des infarctus : c'est ainsi que se trouve établie sans réplique la relation pathogénique entre l'altération cardiaque et les lésions viscérales. Mais là où la théorie de l'embolie devient trop absorbante, là où Virchow se laisse évidemment entraîner trop loin par sa découverte, c'est quand il subordonne les accidents généraux eux aussi à l'embolie, à son mélange avec le sang, et à son arrêt dans les viscères. En outre dans ses écrits (1) on le voit insister longuement pour établir la nature non-purulente des parcelles valvulaires introduites dans le sang. Or, ici encore on sent qu'il est dominé par une idée, plus que par les faits. On sent qu'il cherche avant tout à appliquer à l'endocardite ulcéreuse les théories sur l'infection purulente : dans un cas, comme dans l'autre, les accidents généraux et locaux sont coeffets d'une même cause, cause toute mécanique : le professeur allemand ne parle même pas d'intoxication du sang : tout est dans l'embolie capillaire qui circule avec le fluide nourricier. Pourquoi cette opiniâtreté à écarter la présence du pus, si ce n'était pour faire rentrer l'endocardite ulcéreuse dans une doctrine générale favorite à l'auteur ?

La plupart des observations postérieures aux travaux de Virchow sont conçues dans le même sens et forment des appoints à la théorie de l'embolie capillaire.

En Allemagne, c'est l'observation de Beckmann rapportée dans les *Archives de Virchow* (T. XII. S. 59) ; en France, c'est celle de MM. Charcot et Vulpian. Dans un mémoire remarquable, qui a pour base un des cas les plus intéressants d'endocardite ulcéreuse, les deux professeurs de Paris se rallient aux idées de Virchow et les propagent en France. Leur pensée sur la nature intime de la lésion de l'endocarde est bien celle de Virchow : C'est une destruction moléculaire de l'endocarde dont les particules vont infecter le sang et produire les infarctus viscéraux. Il ne s'agit point d'abcès des valvules comme dans le mémoire de Leudet (*Aortite suppurée*. In. *Arch. de médecine*, 1861), ni d'une infection purulente, mais du ramollissement aigu des valvules et d'une infection encore mal définie du sang par les produits valvulaires. Les foyers purulents des valvules, disent-ils, « pourront dans certains cas produire la même infection, mais ces faits devront être séparés de l'endocardite ulcéreuse. » Et néanmoins ils reconnaissent la nécessité de scinder en deux catégories les faits observés : ceux qui ressemblent à la fièvre typhoïde, et ceux qui présentent de l'analogie avec l'infection purulente.

C'est à cette dernière catégorie de faits que quelque

(1) Voir le n° 27 du *Progrès médical.*

(1) *Ueber capillare Embolie. In Archiv. Virchow, 1856, p. 307.*— Gesam Abhandl, S. 711, 1856. — *Patholog. cellul.*, p, 172,

temps après M. le docteur Lancereaux a consacré un travail fort intéressant (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 644), mais dont les idées générales ne diffèrent pas, au fond, de celles que venaient d'émettre MM. Charcot et Vulpian. Mais voici venir une observation de MM. Duguet et Hayem (*Gaz. méd. de Paris*, 1865, p. 639), où, à propos d'un nouveau cas d'endocardite ulcéreuse typhoïde, ces observateurs distingués émettent une opinion toute contraire à celle qui avait cours.

Après avoir montré les côtés faibles de cette dernière, ils en viennent à penser que l'ulcération et le ramollissement de l'endocarde sont la conséquence du mauvais état général de l'économie au moment où se manifeste l'inflammation de cette membrane dont les débris ne sont pas capables de produire les phénomèmes généraux indiqués. Ce serait donc seulement une endocardite développée chez un sujet déjà dominé par un état général grave lequel, loin d'être la conséquence, serait au contraire la cause qui détermine la forme ulcéreuse de la lésion cardiaque. Et à l'appui de leur manière de voir, ces auteurs rapportent des arguments graves, sinon décisifs. Je dois dire que l'opinion soutenue par MM. Duguet et Hayem se trouvait déjà formulée dans le *Traité de pathologie interne* de MM. Hardy et Béhier (t. II, 1864).

En résumé, il y a dans l'endocardite ulcéreuse trois choses : Une lésion de l'endocarde, des phénomènes généraux graves et des infarctus viscéraux. On s'accorde universellement sur le rapport pathogénique qui relie ces derniers à l'affection valvulaire : Les recherches de Virchow, de Beckmann, de MM. Charcot et Vulpian ont mis le fait hors de doute.

Mais il n'en est pas de même de l'autre point, qui est le point capital, à savoir : les accidents généraux typhoïdes sont-ils l'effet ou la cause du ramollissement aigu de l'endocarde ? nous avons vu que pour S. Kirkes, Virchow, MM. Charcot et Vulpian, Lancereaux, l'état typhoïde ou pyohémique qui imprime à la maladie sa physionomie propre est imputable aux altérations viscérales et à la propriété toxique des détritus valvulaires mélangés au sang. — Selon MM. Hardy et Béhier, Duguet et Hayem, les phénomènes généraux graves seraient primitifs, la complication cardiaque secondaire, greffée sur un état général marqué d'emblée du caractère de la malignité et qui serait cause de sa tendance ulcéreuse. Telle était déjà l'opinion de M. Bouillaud et certes, sans l'énorme influence des travaux de Virchow, elle n'eût cessé un instant d'être celle de tout le monde. « L'endocardite, dit l'illustre professeur de Paris, nous apparaît sous deux grandes formes ou espèces... la première de ces formes constitue une affection purement inflammatoire, telle est l'endocardite qui éclate sous l'influence des graves vicissitudes atmosphériques. C'est là ce que nous pouvons appeler l'endocardite simple. La seconde forme est celle qui se rencontre dans les maladies dites typhoïdes (putrides ou septiques). Nous lui donnerons le nom d'endocardite typhoïde, ayant *bien soin de prévenir que par cette dénomination nous entendons uniquement désigner une endocardite modifiée par la coïncidence avec un état typhoïde et non une endocardite qui donne lieu par elle-même à des phénomènes typhoïdes.* » (*Traité des maladies du cœur*. T. II. p. 274). Malgré l'autorité des noms sous lesquels s'abrite la doctrine contraire, je me sens porté vers celle si nettement établie par M. Bouillaud : je ne puis me résoudre à admettre la subordination de l'état typhoïde à l'affection valvulaire. Est-il possible d'incriminer dans la production des accidents typhoïdes les granulations moléculaires, les globules de graisse, les fragments de fibrine, de valvule? Mais dans beaucoup d'états morbides ces substances se mêlent au sang et n'y révèlent aucune propriété toxique. Tels sont ces exemples d'endocardite rhumatismale avec infarctus viscéraux, vierges de tout symptôme de malignité; tels sont chez les vieillards ces nombreux foyers athéromateux ramollis qui, après leur ouverture mêlent au sang des détritus moléculaires, des produits à peu près semblables à ceux de l'endocardite ulcéreuse. — Je sais bien que Friedreich (*Krankh. des herzens.* 209) et toute l'école allemande me diront que dans ce dernier cas il s'agit d'une inflammation toute particulière, d'une diphthérite, dont les produits sont spécifiques. Mais la diphthérite dans la bouche des Allemands n'est qu'un mot et on ne peut pas raisonner sur les choses imaginaires. Je dis que l'ulcération de l'endocarde doit être mise sur le compte d'un état général préalable qui, loin d'être produit par elle, l'a au contraire engendrée. Ce serait un état typhoïde, ou pyohémique, développé dans le cours soit d'une fièvre rhumatismale, soit de l'état puerpéral, ou qui serait survenu d'emblée, en dehors de toute maladie antérieure. En effet, les 33 observations d'endocardite ulcéreuse que j'ai pu réunir se décomposent au point de vue de l'origine de la manière suivante :

Endoc. rhumatism:	Endoc. puerp.	Endoc. d'emblée.
14.	9.	10.

Sous l'influence de cet état général, l'endocardite, au lieu d'aboutir à la résolution ou à la sclérose valvulaire, se termine par l'ulcération ou la suppuration, de même que la laryngite chez les typhiques devient ulcéreuse, de même que l'érysipèle dans les maladies graves se termine par la gangrène.

Il est difficile sans doute, dans l'état actuel de la question d'appuyer cette opinion sur des preuves directes irrécusables. Il importe cependant de mettre en relief quelques faits qui restent tout-à-fait inexpliqués dans l'autre opinion. Et d'abord il est certain que dans quelques cas les accidents typhoïdes existent manifestement d'emblée, c'est-à-dire avant que n'apparaissent du côté du cœur les signes révélateurs de la lésion endocardique. A ce point de vue on lira avec intérêt les observations de MM. Duguet et Hayem, de M. Vast (Observat. X in Thèse de Paris, 1864) et peut-être aussi la mienne où dès l'entrée du malade, c'est-à-dire dès le 3e jour, les symptômes typhoïdes dominaient la fièvre. — Ensuite les ulcérations endocardiques sont quelquefois si peu étendues en surface et en profondeur qu'on se demande s'il est possible que des accidents généraux si graves et la mort aient pu être produits par une si faible quantité de détritus moléculaires mélangés avec le sang, à moins d'admettre que ces détritus soient doués d'une puissance toxique extrêmement énergique. Les observations caractérisées par l'exiguïté des lésions ulcératives ne sont pas rares : la mienne peut y compter, mais il faut signaler surtout à ce point de vue une observation rapportée par M. Desplats dans sa thèse inaugurale (*De la nature de l'Endocardite ulcéreuse*, Paris, 1870). Tout se bornait à une érosion très-superficielle d'une des valvules sigmoïdes pulmonaires. Bien plus, il est des observations d'endocardite à forme typhoïde sans ulcération : telles sont les observations II, III, IV, XI et XII de la thèse de M. Desplats et une observation de M. Voisin rapportée dans la thèse de M. Martineau (Thèse d'agrég. de Paris 1866, p. 76). Et par contre, l'ulcération de l'endocarde n'engendre pas nécessairement des phénomènes typhoïdes ou pyohémiques ainsi que cela ressort des observations VII, VIII, et IX de la thèse de M. Desplats.

Voilà certes des arguments sérieux. — Je ne me dissimule pas que d'un autre côté il est difficile de répondre à cette question : si l'état général typhoïde domine la lésion ulcéreuse du cœur au lieu d'en être la conséquence, d'où procède-t-il à son tour? Pourquoi le rhumatisme est-il ici une maladie simple, là une affection typhoïde éminemment grave? Une réponse catégorique ne saurait être donnée. On peut cependant alléguer avec beaucoup de fondement que les maladies en général sont avant tout influencées par la manière d'être de l'individu.

Là est la raison de leur malignité, celle-ci n'est pas inhérente à la cause morbide elle-même, mais à l'organisme qui en est le substratum.

Nous avons tous vu pendant le siége de Paris la gravité exceptionnelle des dyscrasies aiguës, fièvre typhoïde, rou-

geole etc., toutes empreintes d'un caractère de malignité que personne n'a hésité à rattacher à la dépression organique créée par les conditions obsidionales. Ce que l'on ne saurait contester pour les maladies aiguës est vrai aussi pour les dyscrasies chroniques. Il n'est pas de médecin qui n'ait constaté la gravité et la rapidité des accidents syphilitiques chez des individus dont l'organisme est originellement chétif ou délabré par les conditions hygiéniques du malade.

Qu'un homme jeune, vigoureux, bien nourri prenne un rhumatisme polyarticulaire aigu, nous verrons l'organisme répondre par une réaction franche, violente même, et s'il se développe une lésion du côté du cœur, celle-ci ne dépassera pas ses limites ordinaires. Supposez au contraire que ce soit un sujet chétif de naissance, surmené tous les jours, endurant la fatigue, la faim et de plus des souffrances morales, comme il en était du malade qui fait le sujet de mon observation, devra-t-on s'étonner que la dépression des forces organiques, la composition vicieuse des humeurs par suite d'une désassimilation défectueuse impriment à la fièvre rhumatismale et aux déterminations locales des allures propres aux maladies générales, graves, malignes : prostration, symptômes ataxo-adynamiques, tendance aux suppurations, à la destruction ulcérative des tissus ? Je me hâte d'ajouter que ces conditions générales préparatoires qui existaient au plus haut point chez mon malade, sont signalées dans beaucoup d'observations où il est tenu compte de l'état antérieur. (Voir obs. IV, in Thèse de M. Vast, p. 23. Obs. IX, in Thèse de M. Caubert. Paris. 1872, p. 97).

L'état puerpéral qui entre pour près du tiers (9/33) dans le total des cas d'endocardite ulcéreuse, peut, de même que le rhumatisme, emprunter aux conditions hygiéniques antérieures la gravité et les tendances des fièvres adynamiques. Que l'endocardite des femmes accouchées soit toujours due à une manifestation de la diathèse rhumatismale comme tend à le croire M. le docteur Decornière (Thèse de Paris, 1869), ou que l'état puerpéral soit par lui-même une cause d'endocardite, comme a cherché à le démontrer M. le docteur de Lotz (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, t. XXII, 1856-57, p. 744), toujours est-il que cette dernière est assez fréquente dans l'état puerpéral pour avoir à plusieurs reprises attiré l'attention, et sa tendance ulcéreuse, je le pense, se trouve commandée et dominée ici comme dans le rhumatisme par la cachexie générale que créent la grossesse, l'accouchement, les privations, la misère, le chagrin, en un mot les souffrances physiques et morales qui sont le lot d'une partie des femmes accouchées, surtout de la clientèle des hôpitaux, où ont été relevés les 9 cas consignés plus haut.

Maintenant, il existe un certain nombre d'endocardites ulcéreuses à forme typhoïde ou pyohémique développées en dehors du rhumatisme et de l'état puerpéral. Dans ces cas, nullement défavorables à l'idée qui me semble devoir prévaloir, car l'affection du cœur et l'état général grave existent d'emblée, préparés et amenés par toutes les conditons énumérées plus haut, dans ces cas, le travail exagéré, le surmenage, l'insuffisance qualitative et quantitative de la nourriture, la misère physiologique, sont les seules causes que l'on puisse faire intervenir.

La misère, la fatigue prolongée aggravent les maladies, qnelle que soit leur cause, mais elles peuvent aussi créer de toute pièce des états fébriles adynamiques plus ou moins graves qui sont encore fort mal définis. Il conviendrait peut-être de les considérer provisoirement comme des septicémies spontanées, compliquées, dans l'espèce, d'affection ulcéreuse du cœur. Vogel a consacré dans le passage suivant la réalité de ces états morbides. « Par suite de changements encore obscurs survenus dans les transformations des tissus, il se produit une quantité trop considérable de substances extractives, où celles-ci se décomposent plus vite dans l'organisme que dans l'état de santé. Il se forme alors une septicémie qui ne se lie pas à un arrêt de sécrétion. De telles perturbations dans les transformations organiques paraissent survenir chez les hommes épuisés par des travaux excessifs du corps ou de l'esprit, ou dominés par des passions très-vives.... sans qu'il nous soit possible de saisir un rapport plus intime entre la cause et les effets. » (Vogel: *Stœrungen der Blutmischung*, in *Virch'ows Haudb.*, T. I., p. 456, 1854).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Recherches expérimentales sur la Physiologie et la Pathologie cérébrales.

Par le docteur David **FERRIER**
Professeur de médecine au Collége royal de Londres ; Médecin-assistant à *West London Hospital*.
Traduction, avec l'autorisation de l'auteur, par H. DURET.

Je me suis proposé, en entreprenant ces recherches, un double but : d'abord, de démontrer par l'expérimentation la justesse des théories du docteur Hughlings Jackson sur la pathogénie de l'épilepsie, de la chorée et de l'hémiplégie ; et, pour cela, j'ai reproduit artificiellement les *altérations pathologiques* et les *lésions de décharge* qu'il a décrites et caractérisées dans ses œuvres; ensuite, de poursuivre la voie que Fritsch et Hitzig dans leurs recherches (ils ont démontré les premiers que le cerveau est sensible à l'excitation galvanique) ont indiquée, comme étant la seule capable de conduire à des résultats d'une grande valeur pour élucider la question des fonctions des hémisphères cérébraux, pour localiser et diagnostiquer d'une manière plus exacte les lésions cérébrales.

Je dois des remerciments au docteur Crichton Browne pour avoir mis si cordialement à ma disposition les ressources du laboratoire d'anatomie pathologique de l'asile de West Riding, avec quantité de pigeons, volatiles de toutes sortes, cochons d'Inde, lapins, chats, chiens, etc.

Quoique ce mémoire renferme des résultats importants sur plusieurs points, je ne voudrais pas qu'on le considérât autrement que comme un premier essai de recherches cliniques, expérimentales et anatomiques plus étendues et plus complètes. La méthode que j'ai d'abord employée pour reproduire les lésions cérébrales et que j'ai ensuite abandonnée, est celle que Nothnagel a recommandée (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, n° 45, 1872) : elle consiste à faire des injections d'une solution concentrée d'acide chromique, par un petit trou pratiqué dans le crâne, à l'aide d'une seringue à injections sous-cutanées. On détruit ainsi la substance cérébrale, et il est facile de délimiter d'une façon précise les parties détruites par les changemements de coloration et de consistance que la solution y détermine. Quoique cette méthode m'ait paru d'une exécution facile, et que j'aie réussi, par des injections dans le cervelet, à déterminer les phénomènes connus de la perte d'équilibre et de l'incoordination des mouvements musculaires, j'ai bientôt reconnu que des injections de cette nature dans la substance des hémisphères, quelque soin qu'on y apporte, ne me conduisaient pas à des résultats bien précis. Ce genre d'expérimentation, et tous ceux qui consistent à détruire par des moyens mécaniques ou à exciser des portions du cerveau, si bien enlevées et si bien circonscrites qu'elles soient, compliquent de phénomènes étrangers, l'observation qui, dans un sujet comme celui de la physiologie cérébrale, est nécessairement entourée de difficultés excessives et souvent insurmontables. La méthode des injections demande un très-grand soin pour éviter la diffusion du liquide destructeur dans des parties autres que celles dont on veut étudier spécialement les fonctions. Plusieurs fois, en expérimentant sur des cochons d'Inde et sur des chats, il m'est arrivé de produire des phénomènes si compliqués que l'analyse m'en parut impossible. Il est probable cependant que cette méthode, combinée avec celle que j'ai surtout suivie, peut rendre de réels services et éclaircir certains points douteux.

Mes recherches ont consisté à étudier plus complétement les effets de l'excitation électrique sur les diverses parties du cerveau. C'est à Fritsch et à Hitzig que nous devons la démonstration de ce fait, que le cerveau n'est pas, comme n

le croyait généralement, insensible à toutes sortes d'irritations (*Reichert und Du Bois-Reymond's Archiv*, 1870, p. 300 et *seq.*). Ils ont prouvé que l'excitation des parties antérieures du cerveau par un courant constant, produit certains mouvements du côté opposé du corps, et ils sont parvenus à localiser dans des points limités les centres de ces mouvements. Leurs recherches dans cette direction n'ont pas été poursuivies très-loin, et, à mon avis, ils n'ont pas clairement indiqué la nature et la signification des résultats auxquels ils sont parvenus. Ils ont démontré, d'une manière évidente, que les mouvements produits étaient sous l'influence de l'excitation des hémisphères eux-mêmes, et ils ont vu que l'irritation venait principalement, sinon exclusivement, du pôle positif. Dans aucune de leurs recherches ils n'ont employé les courants induits, et les résultats que leur a fournis leur méthode ne sont ni précis, ni satisfaisants au point de vue de la localisation des fonctions cérébrales. Dans mes expériences, je me suis servi exclusivement de la faradisation et j'ai trouvé qu'il était aussi facile par cette méthode de localiser avec la plus grande exactitude l'excitation sur chacune des parties du cerveau que d'irriter en masse la totalité des hémisphères cérébraux.

Je me suis servi pour exciter les hémisphères d'une pile de Stöhrer (éléments, zinc et charbon) et du courant induit de la seconde bobine de l'appareil magnéto-électrique de Du Bois-Reymond. Il est facile de graduer suffisamment la force du courant en faisant glisser plus ou moins la seconde bobine sur une échelle de mensuration. Règle générale, le courant n'est pas trop fort quand on peut le supporter sur le bout de la langue. J'ai dans plusieurs cas parcouru toute la distance de la seconde à la première bobine et on verra qu'il est nécessaire d'user de variations très-étendues dans l'intensité du courant pour produire les mêmes effets à différents moments chez le même animal ou sur d'autres animaux : l'excitabilité du cerveau est excessivement variable suivant les conditions. Les opérations nécessaires pour découvrir le cerveau dans une étendue suffisante, occasionnent une hémorrhagie abondante des sinus, du diploë et de la dure-mère et dépriment considérablement l'excitabilité du cerveau. Après cette hémorrhagie, quand le cerveau cesse de battre, et souvent, longtemps avant la mort de l'animal, le courant ne produit aucune excitation ou, s'il en produit, les phénomènes sont si compliqués qu'on ne peut en tirer aucune conclusion pour la localisation des fonctions cérébrales. C'est pour cela qu'il vaut mieux ne découvrir qu'une partie du cerveau à la fois, celle dont on veut étudier les fonctions, plutôt que de mettre à nu d'un seul coup un hémisphère entier. Pour découvrir la partie antérieure et inférieure des hémisphères, il faut extirper le globe de l'œil, enlever la voûte de l'orbite et de la région zigomatique et le muscle temporal ; le choc et l'hémorrhagie ont alors tellement déprimé l'excitabilité du cerveau que toute expérimentation devient impossible. Cela m'est aussi arrivé plusieurs fois quand j'ai voulu d'un seul coup découvrir tout un hémisphère. Ajoutons encore que l'excitabilité est profondément modifiée par l'usage du chloroforme et de l'éther auquel on soumet l'animal en expérience, non-seulement par humanité, mais encore pour supprimer les mouvements volontaires ou réflexes.

En tout cas, il est absolument nécessaire d'enlever la dure-mère, et il faut prendre garde de l'irriter pendant l'expérimentation. Cette membrane est si sensible qu'il suffit de la pincer ou de la stimuler par le courant électrique pour déterminer des mouvements violents.

L'excitation électrique de la surface des hémispères produit une hypérémie fonctionnelle des parties irritées. Le simple contact des électrodes avec la surface corticale augmente la vascularisation et détermine souvent des hémorrhagies abondantes des sinus qui ne saignaient plus, avant qu'on les applique. Cet effet est surtout marqué chez les lapins où la couche corticale est relativement molle. Plusieurs applications successives d'électrodes sur les parties du cerveau mises à découvert les convertissent en une sorte de fongus hématode. L'altération est encore plus prononcée chez les pigeons. L'excitation électrique forme de la substance cérébrale une sorte de bouillie qui rend les parties tellement obscures qu'il devient impossible de les reconnaître. Outre cette hypérémie si considérable, les hémisphères et le cervelet des pigeons et des poulets, au moins pour les deux ou trois que j'ai explorés, restent absolument insensibles à l'excitation électrique, autant qu'il est permis d'en juger. J'ai répété plusieurs fois les expériences, je me suis servi du courant le plus fort de la bobine et je n'ai jamais pu déterminer d'excitation, que j'agisse à la surface de l'hémisphère ou dans la profondeur. Si l'on rapproche ces faits de cette découverte de S. Weir Mitchell, que les pigeons et les poulets sont insensibles à l'action de l'opium, on sera tenté de croire qu'ils sont dus à quelque particularité des centres nerveux de ces animaux ; il est possible, du reste, que ces deux phénomènes, différents en apparence, soient sous l'influence d'une même cause. Pour cette raison, on ne doit pas se servir de l'excitation électrique pour rechercher les fonctions du cerveau et du cervelet chez les oiseaux.

Pour faire les opérations nécessaires afin de découvrir le cerveau et d'observer les effets de l'excitation électrique, j'endors les animaux, je les étends sur une table, et, pendant l'excitation je relâche les cordes afin de laisser la tête et les membres en liberté. Je mets à nu le cerveau à l'aide d'une couronne de trépan et j'agrandis ensuite l'ouverture avec une tréphine. L'hémorrhagie des sinus est facilement arrêtée avec de la ouate qu'on insinue dans les orifices saignants. Mes électrodes sont de simples fils de cuivre recourbés en anse à leurs extrémités et soigneusement polis pour ne pas lacérer les parties où on les applique. En dehors du point d'application, ils sont soigneusement isolés. J'ai fait une ou deux expériences préliminaires pour voir simplement les effets, s'il y en avait, de l'irritation vitale de la surface d'un hémisphère par l'air, lorsqu'on a enlevé une grande partie du crâne et de la dure-mère. Voici les phénomènes dont je fus témoin chez un cochon d'Inde dont l'hémisphère gauche avait été exposé à l'air dans l'étendue indiquée sur la figure 1. J'ai délimité soigneusement la surface découverte avant d'enlever le cerveau en le peignant avec l'acide chromique.

Fig. 1. Face supérieure du cerveau du cochon d'Inde. La partie ombrée indique l'étendue dans laquelle l'hémisphère gauche a été ouverte.

Expérience I. — Cochon d'Inde de grandeur moyenne. — Après l'avoir endormi avec le chloroforme, on découvre la plus grande partie de l'hémisphère gauche. L'animal est alors placé sur le sol de l'appartement et réveillé. Quand il est revenu de sa stupeur, on voit le tronc se courber de gauche à droite, la tête touchant la queue. Il survient alors des mouvements des jambes de devant qui forcent l'animal à tourner de gauche à droite. Parfois il fait des sauts violents et retombe sur le dos. Quand les muscles du côté droit furent épuisés, l'animal reprit, sans difficulté, sa position en pleurosthotonos. Quand on le couchait sur le côté droit, il exécutait des mouvements rapides des membres antérieurs et postérieurs sans qu'il lui fût possible de changer de position. Si on le remettait sur le côté gauche, il se tordait de gauche à droite comme avant et sa tête touchait de nouveau ses pattes. Le pleurosthotonos et les mouvements des jambes cessaient de temps en temps. Une demi-heure après l'opération, l'animal peut rester debout sur ses pattes, mais la tête regarde la queue et de gauche à droite. Quarante-cinq minutes après l'opération, on l'endort de nouveau et on le soumet à l'excitation électrique, mais la mort survient, causée probablement par le chloroforme.

Le cerveau conserva vraisemblablement son excitabilité, mais je m'aperçus que les mouvements que je produisais en stimulant différents points de l'hémisphère et qui survenaient à gauche, étaient dus à des courants dérivés produits par une trop forte excitation.

La conclusion que je tirai de cette expérience fut que l'irritation vitale consécutive à l'exposition à l'air de l'hémisphère, agissait sur les muscles du côté opposé, à travers le corps strié et produisait une contracture tétanique et le pleurosthotonos (Voir plus loin.) (*A suivre*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Budget et l'enseignement médical.

Au chapitre VII (1), du Budget de l'instruction publique, consacré aux *Facultés*, est inscrite la modique somme de 4,962,067 francs, qui doit suffire aux besoins de toutes les facultés qui existent en France. Nous laisserons de côté tout ce qui est étranger à nos études pour fixer notre attention sur l'article 3 lequel se rapporte aux Facultés de Médecine. Cet article a donné lieu à une discussion très-instructive dont les honneurs reviennent à MM. Bouisson et P. Bert et qu'il nous semble utile de mettre en substance sous les yeux de nos lecteurs. M. Bouisson avait déposé un amendement ainsi conçu :

« Personnel. — Il est alloué, en faveur de la Faculté de Médecine de Montpellier: Un crédit annuel de 6,800 fr. pour le traitement du professeur titulaire d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique et d'histologie. Un crédit annuel de 3,000 fr. pour le traitement d'un agrégé chargé d'un cours d'histoire de la médecine.

» *Matériel*, — Il est alloué à la même Faculté un crédit de 100,000 fr. pour la création ou la mise en état de collections et laboratoires de tout ordre (bibliothèque, musée, cabinet de physique, laboratoires de chimie, d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, d'hygiène, de médecine légale, jardin botanique), plus une somme annuelle de 10,000 fr. pour le fonctionnement régulier des divers services. »

L'énoncé de cet amendement indique quelles sont les lacunes principales que présente la faculté de Médecine de Montpellier. M. Bouisson a développé avec beaucoup d'habileté les raisons majeures et indiscutables qui militaient en faveur de son adoption. Elargissant son sujet, il énumère non-seulemement les désidérata qui existent à la Faculté de Montpellier, mais encore ceux que nous signalons chaque jour à la Faculté de Paris. Il montre combien peu notre organisation médicale est au niveau des exigences de la science.

« Permettez-moi, dit-il, de vous rappeler en quelques mots que la Faculté de médecine de Paris elle-même, gémit dans un local étroit et insuffisant ; que ses collections ne sont pas à l'aise ; que ses amphithéâtres sont sombres et infects ; que sa bibliothèque est logée en grande partie dans les greniers, qu'enfin les élèves débordent de l'enceinte où ils doivent être reçus. »

Puis, revenant à l'objet de son amendement, M. Bouisson expose que la plupart des divisions scientifiques de la Faculté de médecine de Montpellier se trouvent à l'état où elles étaient lors de leur installation initiale : Ainsi l'enseignement de la physique n'a à son service, ni cabinet, ni laboratoire; on n'a rien fait de sérieux, depuis 1812, pour améliorer le matériel nécessaire à l'enseignement de la botanique; la physiologie n'a aucun fonds universitaire particulier; l'anatomie proprement dite manque des ressources nécessaires ; l'enseignement de l'anatomie pathologique est à créer; il n'y a pas de musée d'anatomie pathologique ; le service de la bibliothèque est inférieur à sa valeur et il n'a pas encore été possible de faire imprimer son catalogue.

M. Bouisson termine son discours remarquable et malheureusement trop vrai par la comparaison entre ce que le Gouvernement impérial faisait pour l'Université de Strasbourg et ce que fait pour elle, aujourd'hui, le Gouvernement prussien :

« Lorsque l'Université de Strasbourg était dans notre administration, une somme de 300,000 francs au plus était inscrite au budget des dépenses pour l'entretien de cette Université, qui comptait cinq facultés. Eh bien, actuellement, dans cette année même, 3,450,000 fr. ont été consacrés à l'Université de Strasbourg ; le nombre des professeurs a été doublé, et par le fait de ces améliorations à la fois relatives à l'enseignement et au matériel, le chiffre des élèves a augmenté dans une proportion significative ; il était tout au plus de 350, alors que Strasbourg était une université française ; plus de 800 élèves suivent aujourd'hui les cours améliorés et ayant reçu tous les bienfaits que la science moderne peut désirer. »

N'est-ce pas là une comparaison humiliante qui devrait conduire des hommes véritablement soucieux de notre développement scientifique à prendre les mesures nécessaires pour y mettre un terme immédiat ? Eh bien, non! Le rapporteur avoue que l'enseignement supérieur, en 1873, ne coûtait au Trésor que 86,000 fr.; il confesse que les immenses besoins, qu'on lui signale sont réels; il ne craint pas de citer l'exemple de l'Autriche qui, après Sadowa, a construit à Vienne un laboratoire qui a coûté 730,000 fr. et il conclut en annonçant qu'une somme de 30,000 fr. sera accordée à la Faculté de Médecine de Montpellier et qu'elle aura une part proportionnelle des 152,000 fr. accordés, pour le matériel et les frais de cours, aux diverses facultés et que, en tout, pour l'enseignement supérieur en France, on grève le budget de 500,000 fr. Il est vrai que si on ne fait pas davantage, c'est qu'on manque d'argent, ce qui n'empêche pas de remplacer le secrétaire-général du Ministère de l'Instruction publique, qui était payé 20,000 fr., par un sous-secrétaire d'État qui coûtera 30,000 fr.! ... Dans le prochain numéro nous donnerons une analyse succincte du discours de M. Bert.

Commission mixte chargée de réviser la législation qui régit le fonctionnement du service de santé militaire dans les hospices civils.

Le *Journal Officiel* nous apprend que cette Commission vient d'être reconstituée de la manière suivante :

Pour le département de la Guerre : MM. Blondeau, intendant général, président ; — Blaisot, intendant général ; — Cazalas, médecin-inspecteur, en remplacement de M. le baron Larrey, admis à la retraite ; — Jeannel, pharmacien-inspecteur en remplacement de M. Poggiale, admis à la retraite ; — Le Grand (Louis), chef du bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre.

Pour le département de l'Intérieur : MM. Piras, inspecteur-général des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. Wiou d'Onzy, décédé ; — Bucquet (Paul), inspecteur-général des établissements de bienfaisance ; — Ed. Barth, membre de l'Académie de médecine ; — Chevalier (Alexis), chef de bureau des hospices au ministère de l'Intérieur.

Ne se rattachant à aucun des deux départements : MM. le baron de la Coste du Vivier, maître de requête au Conseil d'Etat ; — Chevalier (Léon), conseiller référendaire de 2e classe à la Cour des Comptes.—La présidence continue à être confiée à M. l'intendant-général Blondeau. M. Itam, commis principal au bureau des hôpitaux, est chargé des fonctions de secrétaire sans voix délibérative.

Cette commission, qui se compose de onze membres, a pour objet d'étudier des questions relatives à la *législation* du service de *santé militaire*. Or, si l'on examine avec soin la liste qui précède, on s'aperçoit avec étonnement que les intendants militaires, dont le rôle durant la guerre de 1870 a trop souvent montré l'impéritie, et les administrateurs la forment, comme toujours, en grande partie, tandis que l'élément médical est aussi restreint que possible. Il est vrai que, à côté de MM. Cazalas et Jeannel, vient se placer M. Barth, à qui l'on a sans doute voulu donner l'occasion de révéler ses connaissances sur l'organisation des hôpitaux, connaissances qu'il avait jusqu'alors tenues secrètes.

(1) Voici le titre des six chapitres précédents : I. Traitement du ministre ; personnel de l'administration centrale, 579,400 fr. II. Matériel de l'administration centrale, 127.900 fr.. III. Inspecteurs généraux de l'instruction publique, 16,000 fr.. IV. Services généraux de l'instruction publique 270,000 fr.. V. Administration académique, 1,172,500 fr.. Ecole normale supérieur, 372,110 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

M. LABORDE, à propos du procès-verbal, revient sur la précédente communication qu'il a faite sur les injections d'eau dans les veines. Dans de nouvelles expériences il a reconnu, comme M. Hayem le lui avait rappelé, qu'un certain nombre de globules étaient dissous. Le sérum était légèrement teinté de rose ce qui prouve, selon la remarque de M. Gréhant, que des hématies avaient été détruites en abandonnant leur substance colorante. Il ajoute, en outre, qu'il existait des ecchymoses sur la muqueuse stomacale, mais la muqueuse intestinale était saine. Il n'avait donc pas eu tort d'attribuer les altérations de cette membrane au sulfocynaure de potassium.

M. CORNIL. On sait qu'il existe des lésions de la dure-mère, dans le mal de Pott, et M. Michaud les a parfaitement étudiées dans une thèse remarquable. Au milieu des vertèbres malades, on rencontre sur la méninge un épaississement, une espèce de bourrelet végétant, dû à l'inflammation chronique et formant un relief considérable. M. Michaud avait déjà noté l'existence de lacunes, de cavités visibles à l'œil nu dans la masse morbide, et avait attribué leur formation au développement d'un abcès. J'ai repris cette étude et voici ce que j'ai pu constater :

Sur une coupe transversale intéressant la masse tout entière, on voit qu'elle présente trois couches distinctes : une externe, en contact avec le corps vertébral : elle est en dégénérescence caséeuse complète ; une interne restée saine, une intermédiaire, dans l'épaisseur de laquelle se trouvent les cavités signalées. Eh bien ! ces cavités, je les attribue à la dilatation des lymphatiques enflammés. On constate, en effet, sur la surface de section, des ouvertures circulaires tapissées par des cellules épithéliales, polyédriques, par pressions réciproques. Elles sont implantées sur la paroi, très-volumineuse, mais ayant encore une forme distincte. Il n'en n'est pas de même des éléments contenus dans la cavité : ils sont plus transparents, agglomérés, à bord peu nets et même tellement confondus qu'ils constituent une masse colloïde.

Il s'agit évidemment de lymphatiques. Ce ne sont point des vaisseaux sanguins, car ceux que l'on aperçoit sur la préparation sont naturellement injectés par une accumulation de globules ; du reste, cette masse colloïde centrale rappelle les productions analogues que présentent dans l'éléphantiasis, l'érysipèle, les altérations pulmonaires, les lymphatiques examinés par MM. Renaut et Thaon. Je sais bien que, malgré certains travaux entrepris à ce sujet, les lymphatiques de la dure-mère ne sont pas encore démontrés. Mais ne nous trouvons-nous pas ici en présence d'un cas où l'anatomie pathologique vient éclairer l'anatomie normale ?

M. CHARCOT. Pour moi, l'existence des lymphatiques de la dure-mère me paraît parfaitement démontrée. Dans les cas de pachyméningites simples, celles qui accompagnent les altérations nerveuses de l'atrophie musculaire, j'ai souvent constaté des canaux revêtus d'un endothélium et qui ne pouvaient être que des lymphatiques. Ils se rencontrent en grand nombre.

M. LIOUVILLE. J'ai présenté, l'année dernière, un cas de mal de Pott dans lequel la tuberculose osseuse avait gagné la moelle : il existait des granulations sur la surface interne de la dure-mère. La présence des lymphatiques expliquerait comment l'altération a pu se communiquer à travers la méninge.

M. CORNIL. Si nous entrions dans le champ des hypothèses, on pourrait de même expliquer le myélite du mal de Pott. Cette myélite, en effet, n'est pas due à une extension inflammatoire, puisque la surface interne de la dure-mère est saine, mais les lymphatiques peuvent, en pénétrant dans la moelle, y provoquer des altérations : Il faut du reste se rappeler que l'on trouve au début, une accumulation de corps granuleux, dans la gaine lymphatique qui entoure les vaisseaux de la moelle.

M. JOFFROY. Il faut bien remarquer que cette interprétation ne saurait être admise dans un certain nombre de cas. J'ai examiné avec la plus grande attention des moelles dans les pachyméningites : les lésions étaient déjà avancées et les gaines lymphatiques ne contenaient pas de corps granuleux.

M. JAVAL expose le plan d'une série de recherches et de travaux qu'il a entrepris, afin de rendre moins illusoires les expérimentations des oculistes pour déterminer l'acuité de la vue. Il s'agit d'établir nettement ce que l'on entend par vue normale ; puis de trouver une échelle non arbitraire, et de règler les conditions d'éclairage, la couleur des lettres et du fond sur lequel elles se détachent, etc., etc.

M. RABUTEAU. Dans la précédente séance, j'ai soutenu que le bleu de Prusse était toujours insoluble, et je me suis trouvé en contradiction avec un certain nombre de mes collègues, notamment MM. Ranvier, Lépine et Carville. Je reviens de nouveau sur mon affirmation, et pour l'accentuer davantage : Non, le bleu de Prusse n'est pas soluble, et quelle que soit la manière dont on le prépare, — car j'ai beaucoup expérimenté à ce sujet, — on obtient toujours un produit insoluble.

M. LIOUVILLE. Je présente en mon nom et au nom de M. Ball, des dessins faits d'après une femme atteinte de quelques unes des altérations encore réunies sous le nom de sclérodermie. Cette femme, âgée de 41 ans, offre des lésions remarquables et très-multipliées, entr'autres aux doigts, à la bouche, sur le dos, au niveau de certaines articulations. De ces lésions, celle des doigts sont les plus avancées. La malade en effet a déjà perdu un doigt, et il en est un second qui est en train de se détacher. Je complèterai du reste cette observation et je signalerai les troubles nerveux singuliers qu'a présentés la malade.

M. ODIGÉ a lié le canal cholédoque d'un chien qui a survécu 15 jours à l'opération. L'expérimentateur a pu reconnaître que peu d'heures après la ligature, la bile apparaissait dans les urines, ce qui est en contradiction avec ce qu'avance Frerichs. D'après cet auteur, en effet, la matière colorante ne serait trouvée dans l'urine qu'au bout de 30 à 40 heures. Ce qui aura pu l'induire en erreur, c'est qu'il n'aura peut-être pas lié tous les canaux biliaires. La coloration de la peau ne se manifeste que plus tard.

Pendant la séance, on a procédé à l'élection d'un nouveau membre. Sur 38 votants, M. Hamy a été élu par 35 voix. M. Chatin en a obtenu 2, MM. Pierret et Nepveu chacun 1.

P. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. de la Rive (de Genève) membre correspondant étranger.

M. E. LEFORT rapporteur de la commission *des remèdes secrets et nouveaux*, lit des conclusions tendant à repousser toutes les demandes de fabrication et d'exploitation.

Prix Itard. A décerner au meilleur ouvrage de médecine pratique. Sept mémoires ont été présentés. Deux seulement remplissent les conditions indiquées et ont été étudiés par la commission. L'un, le n° 1 sur les fistules cruro-génitales de la femme. L'autre le n° 2 est une étude sur les eaux de Barèges. (Rapporteur M. BERNUTZ).

Prix Capuron. A décerner au meilleur ouvrage d'obstétrique. Contrairement à l'habitude, l'Académie n'a pas indiqué la question à traiter et a laissé le champ libre aux candidats : de la sorte, on laisse plus de latitude aux travailleurs. Quatre mémoires ont été présentés. La commission n'a pas cru devoir classer celui qui porte le n° 2 (rapporteur M. DEVILLIERS.) Les conclusions des deux rapports précédents seront lues et discutées en comité secret.

Dans un des mémoires que la Commission des prix d'Ourche propose de récompenser, on donne comme un signe infaillible de la mort l'abaissement progressif de la température A 20° on aurait la certitude que la vie a cessé.

M COLIN pense que ces signes n'ont pas la valeur absolue que voudraient leur donner l'auteur. G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 24 octobre. — PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT (1).

Sarcôme volumineux du sein gauche ulcéré. Ablation. — Par M. SEUVRE, interne.

B... Louise, âgée de 68 ans, entre le 15 octobre 1873 à l'hôpital Cochin, service de M. le docteur Després.

Son père et sa mère sont morts âgés. — Elle n'accuse aucune maladie antérieure ; pas d'antécédents scrofuleux, arthritiques ou dartreux.

Elle ne croit pas avoir reçu de coup sur le sein. Elle dit avoir eu des chagrins assez vifs il y a plusieurs années. Il y a quatre ans, elle s'est aperçue qu'elle portait une grosseur dans l'épaisseur du sein gauche : de temps à autre quelques élancements qu'elle compare à des piqûres d'épingle. D'ailleurs état général excellent, à part les symptômes peu pénibles d'une dyspepsie peut-être alcoolique (pituite le matin et rapports). Pas de fièvre, langue blanche, mais non chargée ; aucun frisson.

Le sein gauche est remplacé par une énorme tumeur mobile en masse et ayant une tendance à tomber vers l'abdomen. D'une forme légèrement conique elle présente à la base une circonférence de 65 centim., et de la base au sommet une hauteur de 25 centim.

La tumeur est ferme, offre une rénitence élastique à la pression qui réveille peu de douleur. La surface n'est pas régulièrement lisse, elle est légèrement lobulée. De grosses veines sous-cutanées la sillonnent et convergent vers le sommet. La peau glisse sur elle et ne présente pas trace d'inflammation, si ce n'est le point le plus saillant qui est le siége d'une assez vaste ulcération. La plaie fongueuse, anfractueuse, laisse écouler une sanie infecte ; elle est creusée jusque vers le centre de la tumeur qui semble se gangréner et tomber en détritus. De temps en temps des hémorrhagies véritables surviennent, mais s'arrêtent vite et spontanément.

Les ganglions axillaires ne sont pas hypertrophiés : il n'y a pas d'œdème du membre supérieur gauche, ni des membres inférieurs. La malade n'est nullement cachectique.

L'opération est pratiquée le 22 octobre après anesthésie.

Le bistouri isole facilement la tumeur des parties saines ; la présence d'une bourse séreuse accidentelle formée en arrière de la tumeur rend plus rapide l'énucléation. On pratique la ligature d'une quinzaine de petits vaisseaux sous-cutanés et on applique directement sur la plaie un gâteau de charpie imbibé d'alcool camphré ; par dessus cataplasme froid pour établir un pansement humide permanent. Aussitôt après l'opération, tendance à la syncope, pâleur, vertiges, faiblesse du pouls : la malade avait cependant perdu peu de sang, 150 grammes environ.

Dans l'après-midi une réaction franche s'établit : bien-être, pouls plein sans être fébrile, moiteur. L'opérée prend volontiers du vin et du bouillon.

23 octobre. — Appétit ; pas de fièvre.

24 octobre. — Sommeil paisible ; état général très-satisfaisant.

28 octobre. — Douleurs légères au niveau de la plaie ; la suppuration est plus abondante. P. 92. T 37°,6

29 octobre. — Le gâteau de charpie tombe et la plaie a très-bel aspect. L'état de l'opérée est aussi satisfaisant que possible.

Examen de la tumeur. — Le poids de la tumeur aussitôt l'ablation était de 8 livres. Résistant au scalpel, elle offrait à la coupe un aspect lisse, poli sans être nacré, d'un blanc grisâtre ; peu de suc à l'expression : çà et là quelques conduits canaliculés de la dimension d'une plume de corbeau. — *L'examen histologique* fait par M. Després confirme le diagnostic porté au lit de la malade, adéno-sarcôme du sein. M. Troisier après un examen minutieux et attentif émit la même opinion.

Examen histologique, fait par M. TROISIER. Cette tumeur est constituée par une accumulation de cellules fusiformes, adossées les unes aux autres et formant des faisceaux qui s'entrecroisent en différents sens ; elles sont munies d'un noyau ovoïde, de 0,006 à 0,009 mm. de longueur. On trouve çà et là dans ce tissu fondamental des lacunes, variables comme forme et comme dimensions, tapissées de plusieurs couches d'épithélium cylindrique.

Les préparations microscopiques ont été faites sur un morceau de la pièce pris dans une zone intermédiaire au centre et à la périphérie. D'après la description sommaire qui vient d'être donnée, on voit qu'il s'agit ici d'un *sarcôme fasciculé* du sein (variété *adéno-sarcôme* de Billroth).

M. LEDENTU. Cette tumeur rappelle identiquement les caractères de celle qui a été présentée par M. Duret dans le mois de juillet de cette année (1). Mêmes caractères cliniques, mêmes symptômes bénins, même processus ulcératif. Les deux cas sont calqués l'un sur l'autre. Il y a donc là une espèce de tumeur cliniquement bien définie. Or, à propos de ce fait, la même discussion de nomenclature s'est élevée, les uns voulant en faire un sarcôme, les autres un adénôme devenu sarcomateux, ou un adéno-sarcôme. Pour moi, je pense que le point principal à mettre en relief dans ces tumeurs, c'est leur caractéristique clinique, et la marche toute spéciale qu'elles affectent.

M. DESPRÉS. Je suis tout à fait de l'avis de M. Ledentu sur ce point, mais je tiens à séparer, par un nom différent, ce qui pour moi exprime une différence clinique. Or, le mot de sarcôme éveille une malignité que ne comporte pas celui d'adénôme : C'est pourquoi je continue à dénommer ces sortes de tumeurs des adéno-sarcômes, parce que cela exprime, dans ma pensée, que le tissu glandulaire y domine.

M. MONOD. J'ai eu l'occasion d'examiner plusieurs de ces tumeurs dites bénignes de la mamelle. Toujours en effet, il y a prolifération des éléments glandulaires ; mais par cela même que c'est un caractère commun, il perd toute sa valeur pour dénommer des variétés de tumeurs. C'est donc d'après le tissu intermédiaire au tissu glandulaire qu'on doit classer ces néoplasmes : aussi je ne vois pas pourquoi la tumeur actuelle ne s'appellerait pas simplement un sarcôme, puisqu'on y trouve les éléments du sarcôme.

M. CORNIL. J'appuierai ce que vient de dire M. Monod en faisant remarquer que dans ces sortes de tumeurs, les culs-de-sac glandulaires ne forment qu'un élément accessoire, puisqu'ils ne reparaissent jamais en même temps que la tumeur.

M. DESPRÉS. Il est évident que dans une tumeur développée aux dépens d'une glande on doit trouver des culs de-sac glandulaires : mais là encore il y a des différences. Or la nomenclature de M. Monod, ne permet de faire aucune distinction entre une tumeur comme la tumeur actuelle, riche en éléments glandulaires, et une autre tumeur, cliniquement beaucoup plus maligne, où les éléments du sarcôme auront absorbé tout le reste.

M. DEBOVE. Il y a cependant des cas où l'on ne peut faire ces distinctions. Une malade se présente avec un de ces sarcômes adénoïdes : on le lui enlève et on constate sa richesse en culs-de-sac glandulaires. La tumeur récidive : nouvelle extirpation, et cette fois, on ne retrouve plus les culs-de-sac glandulaires, puisqu'ils ont été enlevés à la première opération ; dira-t-on que la première tumeur était un adéno-sarcôme et la seconde un sarcôme pur ? et admettra-t-on une transformation sur place d'une tumeur bénigne en tumeur maligne ?

M. HOUEL. Pour cette dernière question, j'en admets par-

(1) Les communications suivantes ont encore été faites dans la séance du 17 octobre : arthrite sous-occipitale, par Dransart ; — un second cas de la même affection, mort subite par compression de la moelle, par Dussausay ; — sclérodermie, déformation des mains, par Budin ; — carcinome du pylore et du duodénum ; digestion d'une partie du foie, par Lépine ; — disjonction traumatique des disques inter-vertébraux, compression de la moelle, par Campenon.

(1) Bull. soc. anat. Séance du 4 juillet p. 510.

faitement la réalité clinique. J'ai vu un adénôme glandulaire, enlevé par M. Nélaton récidiver 7 ans plus tard; cette fois, il y avait peu d'éléments glandulaires dans la tumeur. Une troisième fois, elle repullula, et alors en présentant tous les caractères d'une tumeur maligne.

M. Desprès. Je connais un fait analogue. Une malade est opérée d'un adénôme du sein. Dix ans après, elle rentre dans le service de M. Velpeau avec une tumeur encéphaloïde. Les deux observations ont été publiées.

M. Malassez. Pour que cette argumentation fût démonstrative, il faudrait établir d'abord que l'on avait affaire primitivement à de l'adénôme; or, rien n'est moins certain.

M. Charcot. Effectivement, on peut se demander si le sarcôme ne s'accompagne pas toujours d'hyperplasie glandulaire, par ce seul fait qu'il se développe dans la mamelle. Dès lors il n'y aurait pas lieu histologiquement de séparer l'adénôme du sarcôme.

M. Després. Cliniquement, les différences existent, et il est utile de les conserver, en faisant ressortir que la tumeur devient d'autant plus bénigne qu'elle contient en plus grande abondance des éléments glandulaires.

M. Malassez. C'est que dans ce cas on confond des tumeurs très-dissemblables. Une bonne partie de ces adénômes bénins ne sont pas des sarcômes, mais des fibrômes accompagnés d'une hypertrophie des culs-de-sac glandulaires.

Placenta offrant sur la face fœtale des kystes multiples, par M. Pinard, interne.

La nommée Triche, entre le 10 mars 1873, salle Ste-Adélaïde, nº 1. Elle est âgée de 29 ans, domestique. Elle a toujours joui d'une bonne santé, réglée à 19 ans et depuis régulièrement tous les mois pendant 2 jours.

Première grossesse normale il y a 3 ans. Dernière apparition des règles, fin août 1873. Accidents ayant accompagné la grossesse: vomissements alimentaires, diarrhée, bourdonnements d'oreille, crampes d'estomac.

Cette femme entre pour un léger écoulement sanguin. Le ventre est en besace. Il y a de légères douleurs abdominales. Trait.: Repos absolu, 1/4 de lavement avec 15 gouttes de laudanum. Tout disparaît.

Le 27 mars, douleurs abdominales vives à 5 h. du soir. Début du travail. Terminaison naturelle à 11 heures du soir. Durée du travail, 6 h. 55 m. Délivrance naturelle à minuit. Enfant vivant, fille bien conformée pesant 2,260 gr.

Placenta, pesant 850 gr. circulaire, 16 c. de diamètre et 3 c. d'épaisseur. On ne remarque rien de particulier sur la face extérieure, mais à la face fœtale on remarque la présence de nombreux kystes qui semblent siéger entre l'amnios et le chorion.

L'amnios est enlevé avec facilité. Alors on observe les kystes suivants:

6 gros comme des noix, remplis d'un liquide citrin albumineux et très-transparent.

Un gros comme un œuf de poule, à parois extrêmement minces et également très-transparentes.

D'autres dont le volume varie entre celui d'une lentille et celui d'une grosse noisette.

Trois contiennent du sang presque pur coagulé.

Puis enfin d'autres petits qui contiennent des caillots ramollis et altérés et qui sont gris jaunâtres. Ces kystes paraissent développés dans l'épaisseur du chorion, une couche mince de tissu conjonctif les sépare du tissu placentaire. A la base on trouve une stratification de fibrine d'épaisseur variable.

Leur point d'implantation ou leur pédicule est beaucoup plus étroit qu'on ne le croirait tout d'abord, car ils ont été aplatis par la pression du liquide ammiotique et se sont étalés à la surface du chorion, mais leur pédicule est relativement petit.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du choléra. — Les nouvelles méthodes employées dans la dernière épidémie.

Quel traitement n'a pas été employé contre le choléra? Et quel auteur n'a pu fournir à l'appui de sa médication favorite quelques observations de guérison encourageantes? Mais ce qui frappe de prime-abord, dans ces résultats, c'est que tous ou presque tous les traitements ont fourni le même nombre de succès. Depuis le traitement atomistique du Dr Burgraeve qui administre l'arséniate de strychnine associé ou non à l'arseniate de quinine, à la dose de 1 à 2 milligrammes, jusqu'aux traitements plus rationnels s'adressant, soit à un symptôme prédominant, la diarrhée par exemple soit à l'état général, ou même à la nature intime de la maladie, (les antiputrides, etc.) tout a été tenté et ce qui prouve l'insuffisance de toutes ces méthodes, avec un égal succès.

Une nouvelle épidémie est apparue parmi nous; de courte durée, il est vrai; mais l'occasion se présentait de tenter encore la voie des expériences; peut-être on serait plus heureux que les devanciers.

I. *Des injections d'eau et des solutions salines dans les veines dans le traitement de la période algide du choléra.*

Le 10 octobre de cette année, M. le Dr Dujardin-Beaumetz lisait, sous ce titre, à la *Société Médicale des Hôpitaux* un mémoire tendant à démontrer l'efficacité de ce traitement dans le choléra. La méthode n'est pas nouvelle, et comme le dit M. Beaumetz, cette médication était tentée, dès 1830, à Moscou par Jachnichen et en France par Magendie.

A chaque épidémie les injections intra-veineuses ont été employées, mais dans des cas rares et isolés qui ne permettent pas d'arriver à une conclusion. Et d'abord quelles sont les conditions à remplir pour mettre de son côté le plus de chances de succès?

1° C'est toujours, dans la période algide du choléra, et, pour ainsi dire, dans les cas désespérés, qui jusqu'ici tous les médecins ont tenté cette médication, s'adressant à la perte du sérum du sang qui rend ce liquide incapable de circuler dans les veines; à cette condition de n'opérer que dans la période d'algidité complète, elle doit-être conservée, dit M. Beaumetz, jusqu'à ce qu'un liquide ait été trouvé capable de suppléer au sérum du sang;

2° Nature et quantité des liquides à injecter. — La transfusion du sang n'a pas réussi; sans doute à cause de l'imperfection des instruments employés à l'époque où elle a été tentée; mais la difficulté de se procurer dans le cours d'une épidémie, un liquide de pareille nature, la fait, *a priori* rejeter. Quant aux injections de sérum naturel, de liquides albumineux, tels que l'eau de l'ammios etc., l'impossibilité de conserver sans décomposition ces liquides, ne permet pas d'y avoir recours. Aussi a-t-on employé le plus souvent de l'eau, contenant seulement en dissolution des principes salins analogues à eux que l'on rencontre normalement dans le sang. Dans une injection, l'auteur du mémoire s'est servi d'un liquide reproduisant approximativement l'analyse du sérum par Dumas:

Eau distillée	1.000 grammes.
Chlorure et sodium	3 gr. 10 centig.
Phosphate de soude	30 centig.
Carbonate de soude	àà 1 gr.
Sulfate de potasse	àà 1 gr.
Lactate de soude	àà 1 gr.

L'adjonction de l'albumine au liquide n'a jamais été favorable, au dire des médecins écossais. Le lait aurait été employé avec succès dans deux cas par le Dr Hodder (Canada), mais d'autres expériences, analogues n'ont pas été tentées depuis.

3° Quant à la quantité du liquide à injecter, dans un cas suivi de guérison, l'injection a été poussée jusqu'à 13 kilogr. 190 grammes de solution saline en 13 heures. En moyenne la quantité doit-être de 1,000 à 1,500 grammes. Du reste elles doivent-être faites lentement et d'une façon continue.

Le *manuel opératoire* est simple: On découvre la veine, on y introduit le trocart de l'appareil à transfusion de Mathieu.

et un irrigateur, dont on règle à volonté l'écoulement, permet une injection dans les conditions les meilleures.

Passons maintenant aux conclusions du mémoire. M. Beaumetz a réuni seize observations éparses de guérison. Nous n'hésitons pas à ne tenir aucun compte de ces observations, non qu'elles ne soient exactes, mais parce qu'à côté de ces succès, déjà bien rares, comme on le voit, existent peut-être un nombre considérable d'insuccès, non publiés. Or, comme l'a dit M. Moutard-Martin à la Société des hôpitaux, tout réussit quelquefois, même les médications les plus excentriques. Restent alors trois observations de M. Beaumetz, rédigées par M. Paulier, desquelles il résulte que des injections intra-veineuses, ont été faites dans les conditions et avec les soins dé-irables, et ont amené une amélioration. Cette amélioration, il faut le dire, a été considérable. Les malades étaient dans l'algidité la plus complète, sans connaissance, le pouls à peine perceptible, la température abaissée jusqu'à 34°; après l'injection le pouls reparaît, la température remonte à 36, et plus; c'est une véritable résurrection. Mais cette amélioration n'est que passagère le malade retombe dans l'algidité, une nouvelle injection est faite, puis une seconde; et la mort est arrivée dans ces trois cas. Le seul que nous ayons observé à l'hôpital Sant-Antoine, dans le service de M. Gombault, concerne un malade auquel on injecta 1,000 grammes d'eau additionnée de 3 grammes de sel marin il revint à la vie d'une façon surprenante, mais pour bien peu de temps.

Si l'on s'en tient à ces résultats l'insuccès, on le voit, a été complet, pas un cas de guérisons: les observations, il est vrai, sont peu nombreuses, et, sans vouloir faire aucune théorie, il parait bien douteux qu'un pareil moyen réussisse à autre chose qu'à rechauffer pour un temps plus ou moins long le malade.

Ce n'est après tout que de l'eau qu'on injecte, et cette eau ne peut suffire à remplacer le sang qui manque; et le sang lui même fût-il rendu au malade, réussirait-on? Ces expériences, néanmoins méritent d'être poursuivies; en apportant aux liquides à injecter des modifications tendant à les rapprocher du sérum du sang, en opérant à une epoque plus favorable de la maladie, M. Dujardin-Beaumetz pense que l'on arriverait à des résultats meilleurs. Quoi qu'il en soit, ce fait seul de ramener à la vie, pour quelques heures, et d'une manière si surprenante un cholérique mourant, est déjà une bonne fortune pour le médecin et la famille du malade, sinon pour le malade lui-même.

II. *Choléra et chloralum.* — Presqu'à la même époque, le Dr Henry Blanc, publiait dans l'*Union médicale* (4, 11 octobre, etc.), une série d'articles affirmant l'efficacité du chlorure d'aluminium dans le choléra. Pour lui, il est un fait acquis, c'est que le choléra est transmis de l'homme à l'homme par les évacuations cholériques (1) ce ne sont, ni les bactérides, ni les parasites végétaux que l'on rencontre dans ces évacuations, mais bien une quantité considérable de matière granuleuse, protoplasmatique, en laquelle réside le principe contagieux de la maladie. Or, si le principe contagieux du choléra rend, dans ces particules extrêmement fines de matière organique l'auteur se croit bien en droit de conclure qu'il réussira avec l'emploi de désinfectants antiseptiques, à détruire le principe contagieux et à l'empêcher de se reproduire. Jusqu'ici, dit-il, le traitement a été entièrement symptomatique; trop souvent même au lieu d'aider la nature on n'a fait que l'entraver et l'embarrasser par des remèdes contr'indiqués; jamais on ne s'est adressé à la cause même de la maladie. Puisque cette cause est un empoisonnement par la matière organique, détruisons la matière organique, et le malade sera guéri.

C'est au chlorure d'aluminium que le Dr Blanc s'est adressé pour combattre le développement du principe infectieux; l'absence d'odeur et de propriétés vénéneuses de ce corps, le rendent, dit-il, supérieur à tous les autres désinfectants qui tous ont plus ou moins ces deux propriétés d'être fort odorant, et vénéneux; c'est *l'antidote* du choléra et le Dr Blanc « a enfin trouvé en lui le contre-poison si longtemps cherché. » C'est en vain qu'à Leipzig, en 1867, le professeur Carus employait le sulfate de fer sur une grande échelle, qu'à Erfurth on fit usage de l'acide phénique en si grande quantité que l'eau potable en avait le goût: les résultats furent mauvais tandis que le Dr Blanc obtenait de brillants succès aux Indes Orientales avec le chloralum. Il a de plus, recueilli plusieurs observations dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Beaujon qui sont venues confirmer encore les résultats de la nouvelle médication.

Mais il ne faut pas, dit l'auteur, demander plus à l'antidote du choléra que l'on ne demande à un antidote ordinaire. Si l'antidote est donné alors que le poison a fait des dégâts considérables, son action sera nulle, et cependant ne pourrra être contestée, ce qui conduit à cette indication d'administrer le contre-poison durant la période de malaise, pendant la diarrhée du premier degré, quelquefois pendant celle du deuxième degré. Le médicament est une solution titrée de chlorure d'aluminium, contenant 21 pour 100 de ce corps, et une quantité considérable de chlorure de calcium. Dès les premiers symptômes on administre: un lavement chaud contenant 10 gram. de choralum pour 400 d'eau, et une potion à la glace de 40 gr. contenant 1 gr. de la solution. Le lavement et la potion pourront être répétés au bout d'une heure ou à des périodes plus éloignées selon les cas; souvent un seul lavement et une seule potion suffiront.

Examinons maintenant les résultats fournis par ce contre-poison, cet antidote infaillible du choléra. M. le Dr Blanc a réussi dans les Indes; mais comme il ne nous fait part d'aucune de ses observations, au moins dans ce mémoire, nous ne pouvions les apprécier. Force est donc de s'en tenir aux expériences faites dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, et dans la pratique de M. le Dr Blanc.

Sur huit malades traités par le chloralum, quatre ont guéri; quatre autres ont succombé; il est vrai que cinq de ces malades étaient arrivés à la période d'algidité, époque à laquelle, dit l'auteur, des lésions telles se sont produites qu'il est impossible de compter sur l'action de l'antidote. Ajoutons d'autre part que M. Paulier, interne du service de M. Beaumetz qui a recueilli les cinq observations de l'hôpital Beaujon, montre que sur ces cinq cas, le seul cas de guérison fut chez une malade qui suivit fort incomplètement le traitement au chlorarum Restent donc trois guérisons certaines sur huit observations; c'est trop peu pour une conclusion, surtout pour une conclusion affirmative.

On ne peut nier absolument l'efficacité du remède, puisqu'un assez grand nombre d'expériences n'a pas été faite pour donner un résultat certain; mais on est tenté de ne pas partager l'enthousiasme de l'auteur pour le chloralum.

G. HIRNE.

Traitement du choléra infantile dans les hôpitaux de Vienne.

D'après *Irish Hospital Gazette* (1er août) voici le traitement employé par le docteur Politzer dans le traitement du choléra infantile. La diarrhée doit être combattue dès son apparition. L'opium ne doit être employé qu'avec circonspection. Il prescrit ordinairement la formule suivante:

Décoction de bois de campêche.....	100 grammes.
Teinture de Cachou................	20 gouttes.
Teinture d'opium..................	1 à 3 gouttes.
Sirop.............................	30 grammes.

Une cuiller à café toutes les heures.

Afin de calmer les vomissements, il donne des petits morceaux de glace, de l'eau de soude refroidie, la créosote qui parait produire de bons effets. On peut l'ajouter à la potion précédente, à la dose de 2 à 6 gouttes suivant l'âge de l'enfant.

Contre le coma, il emploie les stimulants et entre autres le camphre et l'ammoniaque (liqueur ammoniacale anisée). — Dans quelques cas, les bains chauds ont réussi. Parfois enfin,

(1) Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on a attribué un rôle aux évacuations cholériques. En 1830, Tilesias disait déjà que le choléra se transmet d'une manière certaine par les fosses d'aisances. (A. Proust, *essai sur l'hygiène internationale*, etc.) mais c'est surtout M. Pellarni qui, en 1849, a insisté sur cette cause de transmission du choléra (*comptes rendus de l'Académie des Sciences* 1649, p. 339 et 463, p. 49) Bohn et Lnow au dire du docteur Blanc, auraient signalés le même fait.

il a recours aux vins forts, au café noir, ou le thé de Chine qui paraîtrait mieux calmer la soif des petits malades que le café.

BIBLIOGRAPHIE

Sulla fisiologia degli organi centrali del cuore. — Indagini sperimentali sulle rane, par L. Luciani.

M. Luigi Luciani vient de publier, dans la *Rivista clinica di Bologna*, un très-remarquable mémoire sur la physiologie de la contractilité cardiaque.

On sait que si l'on jette une ligature sur les oreillettes du cœur d'une grenouille, depuis l'embouchure de la veine-cave jusqu'au voisinage du sillon auriculo-ventriculaire, toutes les parties du cœur situées au-dessous de la ligature s'arrêtent aussitôt en diastole, et qu'une seconde ligature, placée au-dessous de la première, sur le sillon auriculo-ventriculaire, rend aux ventricules leur propriété contractile.

Cette expérience, due à Stannius (1852), a été le point de départ de nombreuses recherches et a donné lieu à des interprétations différentes. Bidder, Eckhard, A. Von Bezold, Goltz, l'ont successivement répétée dans différentes conditions et en ont fait la base de leurs théories du rhythme des contractions cardiaques. Stannius avait déjà donné une interprétation de son expérience. Il supposait qu'il existait dans le cœur deux centres ganglionnaires, l'un suspensif, situé au voisinage du sinus de la veine cave, l'autre moteur placé dans la cloison auriculo-ventriculaire, et il expliquait l'arrêt diastolique du cœur à la suite de la première ligature, par l'irritation traumatique du centre suspensif, et le retour des pulsations des ventricules après la deuxième ligature, par l'irritation des ganglions moteurs.

Cette opinion, adoptée depuis par Heidenhain et par beaucoup d'autres physiologistes, est combattue par M. Luciani, et cet auteur apporte à l'appui de ses idées toute une série d'expériences ingénieuses qui lui ont permis de découvrir des faits absolument inconnus jusqu'à ce jour.

Son procédé d'expérimentation diffère un peu de celui de Stannius. Il introduit une petite canule dans le ventricule par la veine cave et pratique la ligature des oreillettes sur la canule. Puis le cœur, rempli de sérum de lapin, (le sérum du chien agit comme un poison sur le cœur de la grenouille) est mis en rapport avec un appareil enregistreur. En agissant ainsi, le cœur, au lieu de s'arrêter en diastole après la ligature des oreillettes, comme dans le procédé de Stannius, exécute une série de mouvements, dont la forme et le mode de succession sont tout à fait caractéristiques, ou, en d'autres termes, le rhythme normal du cœur est remplacé par un rhythme nouveau et spécial à ces conditions expérimentales, que l'auteur appelle *rhythme périodique*.

Ce rhythme périodique est caractérisé par des groupes de contractions séparés les uns des autres par de longs intervalles d'inactivité ou *pauses*. Mais il est rare qu'un cœur présente, depuis le commencement de l'expérience jusqu'à l'épuisement complet de sa vitalité, le rhythme périodique dans toute sa pureté. Généralement, les *périodes* sont précédées de l'*accès* et suivies de la *crise*.

L'accès est caractérisé par des contractions isolées, d'abord assez rapides, puis devenant de plus en plus rares, jusqu'au moment où apparaît une longue pause, interrompue par un groupe des contractions, c'est-à-dire une période. La crise est le dénouement ordinaire du stade des périodes. C'est le retour du cœur aux contractions isolées. Il s'agit maintenant d'interpréter ces divers modalités de l'activité cardiaque, d'en déterminer les conditions et d'en indiquer l'importance au point de vue de la théorie des mouvements du cœur. Sans suivre M. Luciani dans le détail de ses expériences, nous pouvons cependant indiquer quelques-unes des principales conclusions qui ressortent de son travail.

I. Accès. — L'accès est une phase artificielle; c'est le résultat d'une perturbation plus ou moins intense apportée au rhythme périodique par l'action combinée du sérum et de la ligature.

Le sérum a pour effet de renforcer et d'accélérer les contractions cardiaques sans changer leur rhythme. La ligature agit de deux façons : 1° En produisant une forte irritation neuro-musculaire; 2° en opérant la séparation physiologique des parties sur lesquelles elle porte.

Le premier effet, c'est-à-dire l'irritation traumatique des tissus, se traduit par un tétanos cardiaque de courte durée. Il est, dans la majorité des cas, le facteur principal de l'accès. Cette action traumatique de la ligature est bien mise en évidence dans l'expérience suivante : Une première ligature est pratiquée très-près du sinus veineux ; puis, quand le cœur a fonctionné pendant un certain temps, on fait une deuxième ligature un peu au-dessous de la première, mais encore à une certaine distance du sillon auriculo-ventriculaire; il se produit alors, sous l'influence de cette deuxième ligature du tétanos cardiaque.

Ce fait est d'une grande importance. Il démontre d'abord que la ligature agit (ainsi que l'a énergiquement soutenu Heidenhain) en irritant, en contusionnant les tissus, et non pas seulement en en opérant la séparation physiologique, comme le voulait Eckhard. Il est en outre en opposition formelle avec l'hypothèse de la double fonction des ganglions cardiaques. Dans cette hypothèse, en effet, la ligature des oreillettes produirait l'arrêt diastolique des ventricules par une irritation notable des filets et des ganglions modérateurs. Or, on voit, en employant le procédé expérimental de Luciani, que loin de produire l'arrêt diastolique des ventricules, la ligature a pour premier effet d'exercer sur ces organes une action tétanisante.

II. Périodes. — Rhythme périodique. — Toutes les fois que la ligature est pratiquée sur les oreillettes dans une zone qui a pour limite supérieure le voisinage du sinus de la veine-cave et pour limite inférieure le voisinage du sillon auriculo-ventriculaire, le rhythme périodique se produit dans les parties sous-jacentes à la ligature. La condition fondamentale déterminant le changement fonctionnel de l'activité cardiaque qui se manifeste sous la forme de rhythme périodique, c'est la séparation physiologique des tissus produite par la ligature.

L'étude des périodes conduit M. Luciani à peser la valeur des théories de l'activité cardiaque. Nous avons déjà vu qu'il considère l'hypothèse des centres moteur et suspensif comme inexacte. Il repousse de même la doctrine de l'origine réflexe des mouvements du cœur. On se rappelle que Bideler émit l'opinion qu'il y avait dans le cœur deux centres distincts d'activité, l'un produisant des mouvements rhythmiques ou automatiques, l'autre des mouvements réflexes, et que Goltz, allant plus loin encore dans cette voie, se crut autorisé à conclure, que les mouvements du cœur étaient tous d'origine réflexe, et que leur stimulus normal était le sang chargé d'une certaine quantité de gaz. Mais s'il en était ainsi, si réellement le sérum chargé de gaz était le véritable stimulus des actions mécaniques du cœur comment expliquer dans les expériences de M. Luciani les pauses et les groupes ? comment une action périodique serait-elle le résultat d'un stimulus continu ? Les mouvements du cœur sont donc automatiques; leur cause première est intrinsèque à l'organe; le sang est à la vérité indispensable à leur production parce qu'il soutient et alimente le mouvement nutritif, mais il n'est pas leur excitant direct Pour M. Luciani, la véritable cause de l'activité cardiaque doit être recherchée dans les phénomènes les plus secrets de la vie du cœur « Le rhythme des mouvements du cœur, dit-il, est l'expression extrinsèque d'un rhythme correspondant du mouvement nutritif qui s'accomplit dans la profondeur de l'organe. »

III. Crise. — La crise est la terminaison ordinaire et naturelle des périodes. Les contractions qui forment les groupes deviennent progressivement moins nombreuses, les pauses moins longues, jusqu'au moment où se montrent des contractions isolées. Les contractions de la crise sont toujours plus rares et plus faibles qu'à l'état normal et vont en s'affaiblissant et se raréfiant jusqu'au moment où l'activité du cœur est complétement éteinte. La durée de la crise est assez variable. En général, elle est d'autant plus longue que la durée des périodes a été plus courte et réciproquement. L'irritation électrique et mécanique, l'action de certaines substances toxiques

peuvent hâter, retarder ou empêcher complètement l'apparition de la crise. M. Luciani n'a pu arriver à trouver une interprétation satisfaisante de ce phénomène, il semble au premier abord qu'il soit sous la dépendance de l'épuisement du cœur : il n'en est rien cependant, car le cœur, placé dans certaines conditions, arrive sans avoir passé par la crise, jusqu'à l'extinction complète de ses mouvements.

Il ne dépend pas non plus de l'altération du sérum, car le renouvellement de ce liquide n'empêche pas la crise de se manifester. En résumé on ne peut donner aujourd'hui aucune explication satisfaisante de la crise.

Nous venons d'indiquer aussi brièvement que possible, les principaux faits que renferme le mémoire de M. Luciani. Basé sur des expériences ingénieuses, accompagné de nombreux tracés cardiographiques ce travail est un des plus importants et des plus originaux qui aient été publiés dans ces dernières années sur la physiologie du cœur. A. PITRES.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT, médecin de la Salpêtrière, continue ses *démonstrations cliniques* sur les *maladies du système nerveux*, tous les dimanches à 9 heures 3/4. Dimanche 21 décembre : *De l'hystérie.*

Hôpital Necker. — M. POTAIN St-Louis (H.) 3, intoxication par le sulfure de carboue ; — 14, urticaire, intoxication par des moules ; — 28, *sclérose en plaques*. Ste-Anne (F.) : 7, migraine chez une femme ouvrière dans une fonderie de caractères ; — 27, rhumatisme, bruit extra-cardiaque; — 34, insuffisance mitrale, rhumatisme polyarticulaire (6e atteinte.)

Hopital Cochin. Service de M. BUCQUOY. — Examen des malades par les étudiants. St-Jean (hommes). 1, Ulcères syphilitiques du pharynx ; — 2, Chorée ; — 3, Affection mitrale ; — 4, Ataxie locomotrice ; — 5, Pleurésie purulente ; — 7. Pleurésie avec épauchement abondant ; — 9, Kyste hydatique du foie ; — 11, Péritonite chronique (cancéreuse ?) ; — 14. Affection du foie (kyste suppuré ou abcès) ; — 15, Pleurésie ; — 16, Néphrite aiguë ; — 18, Ostéomalacie ; — 10, Ictère avec dilatation appréciable de la vésicule biliaire ; — 20, Méningo-myélite ; — 21, Cirrhose hypertrophique ; — Cancer stomacal ; 23, Ulcère tuberculeux dela langue.

St-Philippe (Femmes) : 2, Hémoptysie supplémentaire ; — 3 Ovarite tuberculeuse ? Pleurésie ancienne des deux côtés) ; — 4, Albuminurie ; — 5, Ulcère simple de l'estomac (peut-être carcinome) ; — 6, Contracture hystérique; — 7, Rhumatisme puerpéral ; — 9, Intoxication saturnine ; — 14, Albumiuurie ; — 16 Rhumatisme articulaire aigu ; — 18, Affection chrouique du foie ; — 20, Dilatation aortique.

Ste-Marie (Femmes). 1, Péritonite chronique suppurée ; — 2, Cancer abdominal ; — 3, Coliques hépatiques ; Reins flottants ; — 6, Rhumatisme scarlatineux ; — 8, Tumeur abdominale ; — 9, Angine diphthéritique : Paralysie du voile du palais ; — 10, Phlegmon péri-utérin.

Hôpital St-Antoine. — Service de M. M. DUPLAY. Leçons cliniques et opérations le mardi. — Salle Ste-Marthe, (femmes) : 2, cataractes des deux yeux ; (opération prochaine); — 6, sarcome de la parotide ; — 10, arthrite fongueuse du coude ; — 12, myxo-sarcome du col utérin ; — 16. abcès en nappe du sein droit ; — 11, métrite fongueuse.

St-Barnabé (hommes) : 23, hydro-hématocèle du testicule gauche; — 2, tubercules du testicule et de la prostate ; — 11, ancienne fracture compliquée de la jambe gauche; — 50, plaie de tête. Pyohémie ; — 56, uranoplastie ; — 60, fistule à l'anus symptomatique d'une affectiou osseuse ; — 63, cataracte (opération prochaine).

Service de M. GOMBAUT. — Ste-Geneviève, (femmes) : 5, fièvre typhoïde, rechute ; — 8, carcinome du foie ; — 12, atrophie musculaire progressive ; — 19, goître exophthalmique. — St-Eloi, (hommes) : 10 et 24, pleurésie sèche ; — 13 et 21, pleurésie; — 9, ascite, cirrhose du foie ; — 30, insuffisance tricuspide ; — 38, paralysie des extenseurs ; — 48, syphilis tertiaire.

Hôpital Sainte-Eugénie. — Service de M. BARTHEZ. — *Sainte-Mathilde :* 1, Purpura ; — Endocardite ; — 5, Pleurésie purulente ; — Empyème ; — 8, Angine diphthérique (grave) ; — 9, Tuberculose pulmonaire (convalescence de croup) ; — 10, Paralysie infantile ; — 14, Pleurésie purulente (5 ponctions) ; — 19, Dyssenterie ; — 21, Pneumonie gauche ; — 25, Angine diphthérique ; — 26, Pleurésie aiguë du côté gauche ; — 28, 29, et 30, Chorée.

Saint-Benjamin : 1, Contracture des muscles de l'avant-bras et de la main du côté gauche, consécutive à un zona ; — 4, Pneumonie gauche ; — 6, Anasarque sans albuminurie ; — 8, Paralysie diphthérique généralisée ; — 11, Pleurésie gauche. — Guérison après une ponction. — Rougeole. — Pleurésie droite. — Bronchite généralisée. — Tubercules ; — 23. Tubercule cérébral. — Heméplégie gauche. — Amaurose ; 30, Pleurésie gauche ; — 2, 24 et 25 Chorée.

Hôpital Lariboisière. — Service du Dr TILLAUX. Examen des malades par les élèves. Opérations le mercredi. — *St-Louis.* (H) : N° 1, Kyste de l'avant-bras gauche ; — n° 12, Nécrose du calcanéum ; évidement de l'os ; — n° 15 *bis*, Cystite ; — n° 31, Kyste sébacé du mamelon ; — n° 34, Lupus de la face. — *St-Augustin.* (H) : N° 6, Testicule syphilitique ; — n° 9, Hydarthrose ancienne ; — n° 12, Mal sous-occipital. *Ste-Jeanne.* (F) : N° 15, Polypes de l'urèthre ; — n° 28, Ostéite du grand trochanter ; vaste collection purulente.

Service du Dr JACCOUD. — *Ste-Jérôme.* (H) : N° 4, Tumeur cérébrale syphilitique ; — n° 11, Angiocholite ; — n° 32, Kyste du foie ; — n° 28, Pneumonie ; — n° 18, Accidents saturnins. — *Ste-Claire* (F) : N° 1, Syphilis ; accidents cérébraux ; — n° 19, Mal de Brig ; thathérome du cœur et des artères ; — n° 25, Asystolie.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. Clinique les lundis, mercredis et samedis. Salle des femmes : N° 13, Ostéosarcome du crâne ; — n° 15, Epithélioma du rectum ; — n° 17, Syphilide ulcérée de l'épaule. — Salle des hommes : N° 5, Abcès du cou ; — n° 15, Anévrysme de l'artère poplitée ; — 20, Anévrysme de la fémorale ; ligature de l'artère ; — 24, Abcès de l'aisselle ; — 32, Mal perforant.

Service de M. DESNOS. Salle des hommes : 5, Paralysie rhumatismale du deltoïde ; — 11, Insuffisance aortique ; — 11, Atrophie musculaire progressive ; — 21, Dilatation bronchique.

HOPITAUX. — MM. Pidoux, Marrotte, Cazalis, Barthez, ayant donné leur démission de médecins des hôpitaux, ou étant arrivés à leur limite d'âge, l'Administration ayant, de plus, supprimé une des deux places de médecin de l'hospice d'Ivry, et créé une nouvelle place de médecin à l'hôpital St-Antoine, le mouvement suivant aura lieu le 1er janvier 1874, dans les divers hôpitaux :

M. Woillez, médecin de Lariboisière, remplace à la Charité M. Pidoux ; — M. Gombault, médecin de St-Antoine, remplace à la Pitié M. Marrotte ; — M. Ed. Labbé, médecin d'Ivry, remplace M. Cazalis à la Maison de santé ; — M. Cadet de Gassicourt, médecin de St-Antoine, remplace M. Barthez, à Ste-Eugénie ; — M. Isambert, médecin de St-Antoine, remplace M. Woillez à Lariboisière ; — M. Blachez, médecin de Lourcine, remplace M. Gombault à St-Antoine ; — M. Proust, médecin de l'hospice Ste-Périne, remplace M. Cadet de Gassicourt à St-Antoine ; — M. Paul, médecin de la Direction municipale des nourrices, remplace M. Isambert à St-Antoine ; — M. Brouardel, médecin du Bureau central, est nommé médecin de St Antoiue (place créée) ; — M. Lancereaux, médecin du Bureau central, remplace M. Blachez à Lourcine ; — M. Cornil, médecin du Bureau central, remplace M. Proust à Ste-Périne ; — M. Bouchard, médecin du Bureau central, remplace M. Paul à la Direction muuicipale des nourrices.

Enseignement médical libre.

Accouchements. — M. CHANTREUIL : (amphithéâtre n° 2, Ecole pratique) mardi et samedi, à 8 h. du soir.

Accouchements et maladies des femmes. — M. FERDUT : (amphithéâtre, n° 3, Ecole pratique), lundi, mercredi, vendredi, 4 heures.

Troisième et quatrième examens de doctorat. — (Chimie, physique, histoir, naturelle, thérapeutique, hygiène, médecine légale). — Des conférences quotidiennes pour la préparation de ces divers examens commenceront les 5 et 20 de chaque mois. — Reconnaissance des plantes et médicaments, manipulations, recherches, travaux pratiques. — On s'inscrit tous les jours, de quatre heures à six heures, au *Laboratoire de chimie,* 11, rue Gay-Lussac. — Eutrée : Impasse Royer-Collard, 3.

VARIA

HYGIÈNE MILITAIRE. — Le Ministre de la Guerre vient d'adresser aux généraux commandant les corps d'armée, une circulaire, dans laquelle il appelle tout particulièrement leur attention sur les grands inconvénients que présente au point de vue de l'hygiène la malpropreté qui règne daus les chambres de beaucoup de casernes. M. le général du Barrail, attribue cet état de choses à ce que les prescriptions du règlement du 2 novembre 1833, sur le service intérieur, destinées à assurer la propreté et la honne teuue des casernes ne sont trop souvent observées que d'une manière fort incomplète. Il invite en conséquence, les généraux à user de toute leur autorité pour que l'exécution des mesures de propreté mentionnées dans ce règlement s'impose à tous d'une manière uniforme et en tout état de cause comme une nécessité de premier ordre au point de vue de l'hygiène et de la santé des hommes.

Cette circulaire montre combien peu nous sommes dans la voie des réformes sérieuses : est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux donner plus de liberté aux médecins militaires et les charger directement de tout ce qui regarde l'hygiène que de rappeler les généraux à l'exécution des réglements ?

SÉQUESTRATION SINGULIÈRE. — En rentrant à Marseille, le préfet a eu à s'occuper d'un étrange incident qui s'est produit dans un asile d'aliénés. Il s'agit d'un cas de séquestration involontaire à l'encontre d'nne dame parfaitement saine d'esprit et de corps. Cette dame, étant allée voir une de ses amies enfermée à l'asile depuis quelque temps, fut prise pour folle par une des religieuses de la maison. Celle-ci croyant avoir affaire à une nouvelle

pensionnaire, lui déclara qu'on allait bientôt servir le repas et qu'elle prit patience. La visiteuse insista pour sortir, on ne l'écouta pas ; alors elle se mit dans une colère violente, on l'enferma dans une cellule, on la revêtit de la camisole de force, et, l'excitation continuant, on lui donna une douche. La religieuse ayant été rendre compte de ce qui se passait à sa supérieure, on s'aperçut de la méprise et la dame fut relâchée après deux heures de séquestration. Elle porta plainte, et l'affaire allait venir devant la justice, quand des personnes influentes se sont entremises pour vider le différend à l'amiable (*Journaux divers*). En admettant la véracité du fait, il fournit matières à réflexion. Si les religieuses et les infirmiers n'avaient pas le droit de mettre la camisole et d'administrer des douches aux malades sans consulter le médecin ou l'interne de garde, une si grossière erreur n'eût pas eu lieu. Nous serions curieux de savoir s'il s'agit ici d'un asile départemental et si c'est la communauté religieuse qui a fait les frais de l'arrangement à l'amiable.

COMMENT ON ÉCRIT L'HISTOIRE. — Plusieurs journaux de médecine ont annoncé depuis une dizaine de jours, la mort du Dr OBERMEIER qui, disent-ils, s'est injecté dans ses propres veines, du sang d'un cholérique (voyez, entre autres, la *France médicale* du 17 décembre) or, si nous en croyons le récit du *Berliner Klinische Wochenschrift* que nous avons reproduit dans notre numéro du 20 *septembre*, M. Otto Obermeier est mort dans des conditions un peu moins dramatiques : « Il s'était exposé au danger, plein de confiance, comme il avait traversé sans encombre, les diverses maladies contagieuses qu'il avait observées à la Charité, et entre autres le typhus, il se mit à l'étude de la nouvelle épidémie, sans prendre contre elle la moindre des précautions. Il avait apporté dans sa chambre à coucher des préparations cadavériques et des déjections de cholériques pour les étudier au microscope ; il fut atteint par la contagion.... »

MORTALITÉ A PARIS. — Pendant la semaine finissant le 12 décembre, il y a eu 739 décès : Variole, 3 ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 4 ; — fièvre typhoïde, 17 ; — érysipèle, 12 ; — bronchite aiguë, 42 ; — pneumonie, 46 ; — dyssenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 7 ; — Croup, 16 ; — affections puerpérales, 6 ; — affections aiguës, 219 ; — affections chroniques, 300 (dont 154 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 41 ; — causes accidentelles, 14.

LONDRES. — Du 30 novembre au 5 décembre, 1484 décès. Variole, 0 ; — rougeole, 116 ; — scarlatine, 23 ; — fièvre typhoïde, 30 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite, 248 ; — pneumonie, 80 ; — dyssenterie, 0 ; — diarrhée, 11 ; — choléra nostras, 3 ; — diphthérie, 3 ; — croup, 22 ; — coqueluche, [illegible] ; — autres causes, 916.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — *Nominations de Professeurs* : M. le Dr Roulland, professeur de pathologie externe, et Directeur de l'École de Médecine, est nommé professeur de Clinique interne, en remplacement de M. Vastel, décédé. M. le Dr Bourrienne, professeur d'anatomie, devient professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Roulland.

M. le Dr Fayel, professeur adjoint de clinique interne est nommé professeur titulaire d'anatomie et physiologie. M. le Dr Wiart, professeur adjoint d'anatomie devient professeur adjoint de clinique interne. M. le Dr Leveziel, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques nommé professeur adjoint d'anatomie. M. le Dr Delauney devient chef des travaux anatomiques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. Cette Société vient de procéder au renouvellement de son Bureau qui, pour l'année 1874, est composé comme il suit : *Président* : M. Guérard ; — *Vice-présidents* : MM. Chaudé, Mialhe ; — *Secrétaire-général* : M. Gallard ; — *Secrétaires des séances* : MM. E. Hortel up, Ladreit de la Charrière ; — *Trésorier* ; M. Mayet ; — *Archiviste* : M. Jules Falret.

Membres de la *Commission permanente* chargée de répondre, dans l'intervalle des séances, à toutes les demandes de consultation ou d'avis dont la solution a un caractère d'urgence : MM. Guérard, Gallard, Béhier, Chaudé, Cornil, Falret, Hemar, Hemey, Paul Horteloup, Roucher, Tarnier.

Membres du Conseil de famille : MM. Béhier, Devergie, Mayet Mialhe, de Rothschild. — *Membres du Comité de publication* : MM. Brière de Boismont, Chaudé, Gobley, Legrand du Saulle, Moutou.

La Société qui, dans une précédente séance, avait nommé *Membres correspondants nationaux* : MM. Henry Bouchet, procureur de la République à Epernay ; Ruart de Verneuil, id. à Sancerre ; E. Lallemant, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, vient de déclarer la vacance de deux places de membres titulaires et de douze places de membres correspondants nationaux. Les candidats à ces places sont invités à faire parvenir leur demande, dans le plus bref délai, à M. le docteur T. Gallard, secrétaire-général, 7, rue Monsigny, à Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cette Société a procédé (13 déc.) au renouvellement de son bureau pour l'année 1874. Sont nommés : *Président*, M. Peter ; — *vice-président*, M. Gallard ; — *secrétaire-général*, M. Charrier ; — *secrétaires annuels*, MM. Gillette et Lolliot ; — *trésorier*, M. Périn ; *archiviste*, M. A. Voisin. (*Gaz. des hôpitaux*).

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris*. Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris, sera ouvert le jeudi 15 janvier 1874, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n. 47. Les personnes qui voudront concourir, devront se faire inscrire au secrétariat-général de l'Administration, depuis le mardi 16 décembre 1873, jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures de relevée. (*Union médicale*).

CONCOURS. — *Internat*. Questions orales : Anatomie de la joue ; stomatite ulcéro-membraneuse ; — articulation scapulo-humérale ; signes de la luxation de cette articulation ; — artère pulmonaire — hémoptysie.

Externat. Dernières questions : 1° Appareil de Scultet ; — 2° fracture de la clavicule ; — 3° administration du chloroforme.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — Laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences : Directeur M. BERT. Les travaux pratiques ont commencé le jeudi 11 décembre à 2 heures et se continueront les mardis et samedis de chaque semaine, sous la direction de M. Gréhant, professeur suppléant. On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de sciences tous les jours de 10 heures à 11 heures.

NÉCROLOGIE. — La *Presse médicale belge* annonce la mort du Dr F. NIMEYER, de SCOUTTETTEN et de WAGNER. — On nous annonce la mort du Dr SERRAILLER, à Grasse. — Le célèbre naturaliste AGASSIZ, vient de mourir.

FACULTÉS DE MÉDECINE EN PROVINCE. — Une commission de l'Assemblée avait chargé M. P. Bert de procéder à une enquête. A son tour, M. Bathie vient de nommer une commission chargée de faire une contre-enquête sur les établissements déjà existants.

— M. Bert, professeur à la Faculté des Sciences de Paris, membre de l'Assemblée nationale, est arrivé à Bordeaux pour y étudier la question de la création d'une Faculté de médecine. Nous apprenons que M. Bert a visité hier l'École de Médecine, où MM. les directeurs et professeurs n'ont pas eu de peine à lui démontrer les ressources considérables qu'offre la ville de Bordeaux à la création projetée. Nous croyons pouvoir dire que l'opinion favorable de l'honorable rapporteur est acquise à la demande formulée par le Conseil général et par le Conseil municipal.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. le professeur Bert est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année 1873-1874, par M. Gréhant, docteur ès-sciences, aide-naturaliste au Muséum.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret du Président de la République et en vertu de la délibération du Conseil municipal de Bordeaux qui a voté les fonds nécessaires pour la création d'une chaire spéciale de chimie, l'enseignement de l'École de médecine et de pharmacie de notre ville, a subi des modifications importantes.

Ont été nommés : M. le Dr Micé, professeur de chimie et de toxicologie (chaire nouvelle) ; — M. le Dr Fleury, professeur de thérapeutique (chaire transformée) ; M. Métadier, professeur de pharmacie et de matière médicale (chaire transformée) ; — M. Perrens, professeur d'histoire naturelle médicale. (*Bordeaux médical*).

MONUMENT A LA MÉMOIRE DE LIEBIG. — Le comité de direction de la société chimique de Berlin a décidé qu'une statue de l'illustre chimiste serait érigée à Darmstadt, à Giessen ou à Munich : il fait appel au public pour obtenir les fonds nécessaires à la réalisation de ce projet, et adresse des circulaires, à tous les chimistes de l'Allemagne. D'après l'importance des souscriptions, il y a lieu de croire que la statue de Liebig sera digne de l'homme dont elle perpétuera l'image. (*La Nature*, n° 18.)

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. Duclaux, suppléant de la chaire de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est chargé du cours de physique à la Faculté des sciences de Lyon.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu les trois premiers numéros du *Journal des sages-femmes*, paraissant le 1er et le 16 de chaque mois, sous la direction de M. Hector Fontau.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE. — A partir du 1er janvier 1874, ce journal sera placé sous la direction scientifique d'un comité de rédaction composé de MM. les professeurs Béhier, Bouchardat et Dolbeau, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction. Jusqu'à ce jour il a été successivement rédigé par MM. Miquel, Debout, Bricheteau et Gauchet. *Un an* 18 francs.

Librairie A. DELAHAYE, place de l'École de Médecine.

Béhier et Liouville. — Mort rapide par asphyxie (œdème aigu du poumon) après la thoracentèse. In-8 de 8 pages.

Fort (J. A). Anatomie descriptive et dissection, contenant la structure des organes et des tissus, avec un précis d'embryologie, 2e édition, 3 vol. in-12 avec 662 fig. intercalées dans le texte. 25 fr.

Résumé d'anatomie, 1 petit vol. de 500 pages avec figures. 5 fr.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes du corps humain, d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger. 2e édition entièrement refondue ; un vol. in-8° avec 522 figures intercalées dans le texte 14 fr.

Pathologie et clinique chirurgicales, avec les maladies des yeux, des oreilles, des dents, et un chapitre spécial sur les opérations, les appareils et les embaumements ; 2e édition considérablement augmentée. 2 vol. in-8° avec 542 figures intercalées dans le texte. 25 fr.

Résumé de pathologie et de clinique chirurgicales, un petit vol. avec fig. de 500 pages. 5 fr.

Schwartz (Ch.). — Etude sur les chancres du col utérin (chancre simple, chancre mixte). In 8 de 134 pages; 3 fr.

Librairie F. SAVY, rue Haute-Feuille.

Dubrueil (A.). — Eléments de médecine opératoire 1er fascicule avec 142 figures intercalées dans le texte. Le 2e fascicule, in-8 de 450 pages avec 150 gravures dans le texte paraîtra fin mars 1874. Prix de l'ouvrage complet, payé d'avance : 10 fr.

Librairie P. ASSELIN, place de l'Ecole de Médecine.

Aissa Hamdy. De la circoncision, description d'un nouveau procédé opératoire. In-8 de 154 pages avec 16 figures.

Librairie G. MASSON, place de l'École de Médecine.

Follin (E.) et Duplay (S.). — Traité élémentaire de pathologie externe. Tome IV, fascicule 3 : *Maladies de l'appareil de la vision ; — Maladies de la bouche*, gr. in-8 de 246 pages, 4 fr.

Bulletin de la Société de médecine de Besançon. 2e série n° 3, années 1868 à 1872.

Drysdale (Th. M.) On the granular cell found in Ovarian fluid. In-8 de 8 pages. Philadelphie, 1873.

Motet (A.) Eloge de Félix Voisin lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique. In-8 de 28 pages.

Pigeon. — Quelques réflexions sur la communication de M. Bouley à l'Académie de médecine, relativement à la cocotte et au typhus de la race bovine. Théorie du sommeil. In-4 de 16 pages. Nevers, 1873.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le Dr Félix Roubaud, 1874. 26e année. In-12. 460 pages. Prix : 4 fr. Au bureau, 21, rue de la Monnaie, Paris.

Annuaire agenda des médecins et pharmaciens du département de la Seine. Beau volume relié à l'anglaise. Prix : 1 fr. 50 au bureau, 21, rue de la Monnaie, Paris.

Registre des médecins, par M. E. Simonnet, imprimeur breveté. 400 pages in-4°, belle et forte reliure. Il y a deux modèles : Le n° 1, disposé plus spécialement pour les praticiens de villes. Le n° 2, consacré plus spécialement aux médecins de campagne. Prix de chaque registre : 12 francs *(franco)*. Chez M. E. Simonnet, 21, rue de la Monnaie.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.

1re ANNÉE — Nc 29 BUREAUX : RUE DES ÉCOLES, 6. 27 DÉCEMBRE 1873.

Le Progrès Médical

PRIX DE L'ABONNEMENT
Un an .... 16 fr.
Six mois .... 8 »

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Paraissant le Samedi

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

ANNONCES { 1 page.... 200 fr. 1/2 page.... 100 — 1/4 page.... 50 —

Tout ce qui concerne la Rédaction et l'Administration doit être adressé aux bureaux du Journal.
Les bureaux sont ouverts de midi à 4 heures du soir.

Le Prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.
On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. — Les lettres non affranchies sont refusées.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*Nous prions instamment nos abonnés en retard, de nous adresser le montant de leur abonnement en un mandat sur la poste.*

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *L'abonnement d'un an est de* DIX FRANCS *pour MM. les* ÉTUDIANTS.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. **M. le professeur GOSSELIN.**

Corps fibreux de l'utérus.

Leçon recueillie par ALBERT ROBIN, interne du service.

Messieurs,

La malade qui est couchée au nº 10 de notre salle Sainte-Catherine, nous donne une excellente occasion d'étudier les signes physiques et les accidents fonctionnels d'un groupe de maladies de l'utérus et de ces annexes. Cette femme, âgée de trente-et-un ans, est entrée dans nos salles le 5 novembre 1873, accusant les symptômes fonctionnels suivants : Depuis dix-huit mois ou deux ans elle souffre dans le bas-ventre, la douleur s'irradie dans les reins, elle augmente d'intensité pendant la station verticale. — Voilà le premier symptôme. — Quand notre malade est restée debout pendant un certain temps, survient un deuxième symptôme : c'est un pressant besoin d'uriner qu'il lui est très-difficile de satisfaire. Naturellement les médecins qu'elle consulta essayèrent de la sonder ; mais il leur fut impossible de pénétrer dans la vessie, et ce n'est qu'à la suite d'efforts inouis et prolongés que la malheureuse parvenait à expulser une petite quantité d'urine. Comme la vessie ne se vidait jamais complétement, les envies d'uriner revenaient fréquemment et causaient d'insupportables douleurs précédées toujours par une sensation de poids vers le périnée. Cette dysurie, cette rétention d'urine, ne sont pas habituelles dans les affections utérines. Ce n'est pas tout : nous arrivons à un troisième symptôme d'une importance capitale : je veux parler des pertes de sang.

Notre malade a eu trois véritables métrorrhagies avec caillots : la première à l'âge de 18 ans. et deux beaucoup plus tard en 1870 et 1871. Depuis cette époque, chaque période menstruelle a été caractérisée par un écoulement de sang beaucoup plus abondant et plus prolongé que dans l'état habituel.

Tels sont les symptômes fonctionnels ; mais l'état local dont ils sont l'expression a réagi sur l'économie et notre malade présente certains phénomènes généraux qu'il importe de signaler : elle a maigri, elle est faible, le visage est pâle ; elle se plaint de troubles dyspeptiques intermittents, de palpitations de cœur, d'une tendance marquée à la syncope ; en un mot elle est profondément anémique.

Résumons : douleurs utérines, vésicales, métrorrhagie, anémie; voilà les grands traits du tableau fonctionnel. Or, existe-t-il des signes physiques qui soient en rapport de cause à effet avec ces symptômes? Cherchons du côté de l'excavation pelvienne, car on ne peut pas rapporter ceux-ci à une affection *sine materia*, à un état névralgique : une névralgie, en effet, qu'elle soit ou non d'origine hystérique, ne donne pas lieu à un ensemble de phénomènes aussi accusés.

Commençons par le palper abdominal : la main, posée à plat sur l'hypogastre, perçoit une masse arrondie et assez résistante ; à ce niveau, la paroi de l'abdomen n'est pas dépressible, on ne peut pas refouler le ventre en arrière.

Rappelons-nous que notre malade urine très-difficilement, par regorgement peut-être, et mettons ce fait en présence du premier signe physique perçu . Une pensée s'offre tout d'abord à notre esprit : cette masse ne serait-elle pas formée par la vessie remplie d'urine? Nous essayons de pratiquer le cathétérisme : la chose n'est pas aisée ; nous avons dit tout à l'heure qu'il avait été précédemment tenté sans succès. La malade étant couchée en travers de son lit, les cuisses maintenues et écartées, nous introduisons, en la conduisant directement d'avant en arrière, une sonde en gomme à bout olivaire dans le canal de l'urèthre. La sonde ne passe pas ; nous la dirigeons de bas en haut : même insuccès ; enfin de haut en bas; cette fois la sonde, après quelques manœuvres, pénètre dans la vessie. Il s'écoule un 1/2 verre d'urine limpide, et l'exploration de la vessie ne révèle rien d'anormal. — Nous ne sommes donc pas en présence d'une *rétention d'urine*.

Serait-ce une *grossesse?* Je ne le crois pas. Notre femme affirme n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis deux ans ; ses règles n'ont jamais manqué ; enfin le début des signes fonctionnels qu'elle présente remonte à l'année 1870 à peu près.

Ces deux affections éliminées, nous avons à choisir entre une *hématocèle péri-utérine*, un *kyste de l'ovaire*, un *pseudo- phlegmon péri-utérin*, et une *tumeur fibreuse* ou un *cancer de l'utérus*.

Avant d'établir ce diagnostic, continnons notre étude des signes physiques. Par le toucher vaginal, nous sentons un

col utérin à peu près normal ; il est peu dévié à droite; son orifice est fermé et ne donne passage à aucune tumeur. Mais dans le cul-de-sac latéral droit, existent deux saillies arrondies, assez volumineuses, dures, séparées par un sillon, un peu douloureuses à la pression; dans les culs-de-sac latéral gauche et postérieur se rencontrent des saillies analogues. La masse postérieure est plus douloureuse que les précédentes ; elle se continue sans ligne de démarcation avec le col de l'utérus. Si l'on combine le toucher vaginal et le palper abdominal, on trouve un utérus peu mobile et comme enclavé dans l'excavation pelvienne avec les masses considérables qui l'entourent et qui paraissent faire corps avec lui.

Maintenant quelles sont ces tumeurs? A coup sûr ce n'est pas du *cancer*. En effet, celui-ci se présente rarement sous la forme de saillies ainsi lobulées, puis un cancer n'atteint pas ce volume sans déterminer un état cachectique profond, dont nous n'avons nulle trace dans le cas qui nous occupe. Comparez notre malade avec la femme couchée au n° 11 de la salle Sainte-Catherine, et qui est atteinte d'une tumeur carcinomateuse de l'ovaire. — Si la première a le teint un peu mat des anémiques, vous voyez à la coloration jaune paille du visage de la seconde que son état général est fortement ébranlé. Donc la multiplicité des lobes et l'absence de cachexie nous fait exclure le cancer.

Je me suis demandé si ces tumeurs n'étaient pas dues à une rétention de matières stercorales ; il est vrai qu'il ne m'était pas possible d'expliquer ainsi la présence de la tumeur hypogastrique, mais cette idée pouvait se présenter au sujet des tumeurs de l'excavation pelvienne. Un purgatif a résolu la question négativement.

Nous arrivons à l'*hématocèle péri-utérine*. Il existe plusieurs points obscurs dans l'histoire de cette affection. Quelquefois le sang épanché ne se résorbe pas ; il reste alors des masses plus ou moins dures et qu'on peut sentir dans les culs-de-sac du vagin ; mais nous ne savons pas dans quelles proportions se forment ces masses ni combien elles durent. Quelquefois aussi l'hématocèle s'accompagne de périmétrite. Ceci nous conduit à penser que les saillies que nous sentons pourraient bien être constituées soit par une hématocèle non résorbée, soit par un restant d'hématocèle avec caillots solides entourant des noyaux pseudo-phlegmoneux, suite de périmétrite. — Mais au lieu du début brusque, instantané de l'hématocèle, nous avons eu ici un état douloureux, passif, pour ainsi dire, et sans orage violent ; d'autre part la tumeur hypogastrique, et le nombre des lobes, sont encore autant d'arguments contre cette maladie.

J'ai pensé à un *kyste de l'ovaire* parce que l'on commet souvent une erreur de diagnostic contre laquelle il est bon de vous prémunir. Vous serez quelquefois consulté par des femmes qui présentent un groupe de symptômes fonctionnels et physiques analogues à ceux que vous observez ici ; quand vous aurez constaté la présence et étudié divers caractères de la tumeur dont elles se plaignent, vous serez convaincus que notre malade est atteinte de fibromes utérins. Mais un an se passe ; si alors, vous l'examinez à nouveau, vous diagnostiquerez sûrement un kyste de l'ovaire. Fréquemment, en effet, les kystes de l'ovaire, surtout quand ils sont multiloculaires, se montrent à leur début sous l'aspect de tumeurs denses, un peu dures, donnant à s'y méprendre, la sensation de fibrome. Dans le cas actuel, je ne puis cependant me rattacher à l'idée de kystes ovariens, car il est rare que ceux-ci fassent saillie dans l'excavation pelvienne, à cette époque de leur évolution. Les kystes qui peuvent induire en erreur sont ceux qui font saillie dans la région hypogastrique ; si dans quelques circonstances rares, on rencontre, à cette période, la tumeur ovarienne dans les culs-de-sac du vagin, elle n'y forme qu'une masse plus ou moins arrondie, mais qui n'est jamais lobulée, tandis que la tumeur dont nous cherchons à faire le diagnostic a trois ou quatre lobes bien distincts. En dernier lieu, un kyste datant de trois ans, aurait acquis déjà un développement assez considérable pour ne laisser sur son existence aucun doute dans notre esprit. Notez enfin que s'il existe des kystes à développement très-lent, ceux-ci ne s'accompagnent que très-rarement de l'ensemble des phénomènes fonctionnels que nous venons de vous présenter.

Il nous reste, en dernière analyse, deux variétés de tumeurs à examiner : les masses d'origine inflammatoire et les bromes.

Les premières sont consécutives à une inflammation péri-utérine ; elles sont formées de produits exsudés par le péritoine, et comme ces exsudats ont une tendance remarquable à suivre la marche des phlegmons du tissu cellulaire, on les a appelés phlegmons péri-utérins et j'ai l'habitude de les désigner sous le nom de pseudo-phlegmons. Toutes les terminaisons du phlegmon peuvent donc être observées dans ces tumeurs : elles peuvent se résoudre, suppurer, passer à l'état chronique et même s'indurer. Nous avons en ce moment, dans les salles, des malades qui nous offrent des exemples de la plupart de ces terminaisons : le n° 4 est en pleine poussée aiguë d'un pseudo-phlegmon qui paraît devoir marcher à la résolution ; le n° 7 a eu une vaste pelvi-péritonite qui a suppuré et s'est ouverte à la fois dans le rectum, le vagin, la vessie et à la peau, de telle sorte que cette malade rend des matières fécales, du pus et de l'urine par ces diverses ouvertures ; le n° 24 a une récidive aiguë d'un pseudo-phlegmon qui était passé à l'état chronique ; le n° 22 est un bel exemple de terminaison par résolution.

Notre malade a présenté deux symptômes qui pourraient, au premier abord, faire songer au pseudo-phlegmon : en premier lieu ce sont les pertes de sang qu'elle a éprouvées. Mais, dans cette affection, il n'y a pas, à proprement parler, de ces métrorrhagies considérables dont notre malade a souffert : ce sont, le plus souvent, des règles très-abondantes, très-persistantes. mais rien de plus. Puis vient la douleur : elle est très-vive dans le pseudo-phlegmon, et quand celui-ci passe à l'état chronique ou lorsqu'il débute d'une façon pour ainsi dire latente, il existe toujours un état douloureux subaigu que nous n'observons pas ici. Pour achever notre élimination, nous avons encore une fois le nombre des lobes de la tumeur, sa dureté et la présence de la masse abdominale. On a vu, cependant, et même j'ai fait à l'hôpital de la Pitié, une leçon sur un de ces cas, on a vu, dis-je, des pseudo-phlegmons sous-pelviens se montrer à la région hypogastrique sous forme de masse volumineuse ; mais dans l'exemple que j'ai observé, la tumeur n'était pas située sur la ligne médiane, et ne semblait pas faire corps avec l'utérus, signes diagnostiques suffisants, en cas de doute. J'élimine donc le pseudo-phlegmon ; je ne veux pas dire pour cela que la malade n'a pas eu ou n'aura pas de pelvi-péritonite ; toute tumeur de l'utérus pouvant amener un état inflammatoire chronique du péritoine qui revêt cet organe ; j'affirme seulement que les tumeurs que nous percevons ne sont pas constituées par des exsudats péritonéaux.

Nous sommes obligés d'en arriver aux fibromes : et cette idée s'accorde bien avec la multiplicité des tumeurs, leurs connexions étroites avec l'utérus, les métrorrhagies, et aussi avec l'âge de la malade ; car l'utérus, entre autres bizarreries pathologiques, a celle de devenir facilement, chez une femme de 30 à 40 ans, le siége de corps fibreux ; aptitude singulière, encore inexpliquée et que cet organe possède dans toutes ses parties, puisqu'il y a des fibromes muqueux, parenchymateux et sous-péritonéaux. Ici nous avons surtout les variétés muqueuses et parenchymateuses puisque c'est dans celles-ci qu'on observe les pertes de sang. Toutefois ce n'est pas là un fibrome ordinaire et vous ne rencontrerez pas très-fréquemment cette variété clinique. Vous verrez souvent des fibromes unis ou bilobés, vous en verrez rarement à 3, 4 et 5 lobes. D'autre part, combien de femmes portent de gros fibromes sans avoir eu douleurs utérines et vésicales et les symptômes douloureux si intenses dans la station verticale, sur lesquels j'ai appelé votre attention ! Ces jours derniers, il y a eu comme une recrudescence dans l'état douloureux, et je ne serais pas étonné qu'il y eût un corps fibreux sous-péritonéal que nous ne

connaissons pas et qui déterminât autour de lui un peu de péritonite subaiguë.

Nous essayons de remédier aux symptômes fonctionnels par le repos et les cataplasmes, mais cet état constitue une infirmité contre laquelle viennent échouer les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition. Il y aurait bien à lui proposer l'ablation de l'utérus, mais nous savons que ce genre de tumeurs s'améliore quelquefois quand la femme qui les porte arrive à l'âge de la ménopause, et si éloignée que soit cette époque, dans le cas actuel, il vaut mieux employer jusque-là les moyens palliatifs, que d'exposer la malade aux chances sérieuses d'une opération aussi grave que l'hystérotomie.

CLINIQUE MÉDICALE.

Erythème marginé. Rapports de cette affection avec le rhumatisme.

Par **A. SEVESTRE**, interne des hôpitaux.

Dans la première partie de l'observation déjà publiée (*Progrès Médical*, n° 27), nous avons vu à la suite d'une éruption d'érythème marginé survenir des douleurs articulaires analogues à celles du rhumatisme, puis un léger bruit de souffle au cœur. Les jours suivants les accidents cardiaques se caractérisèrent plus nettement, et la maladie affecta franchement les allures du rhumatisme.

Voici, du reste, la fin de l'observation :

Obs. (Suite et fin).—*Erythème marginé.—Rhumatisme articulaire subaigu. — Endo-péricardite amenant rapidement une insuffisance aortique. — Réapparition de l'éruption cutanée. — Rhumatisme noueux des petites jointures.*

18 *avril*. P. 90; T. 38°,8. — Le *bruit de souffle* est, ce matin, beaucoup plus fort et présente un timbre rugueux. Son maximum est à la base; mais on trouve aussi un souffle à la pointe; il est seulement difficile de décider si c'est un bruit mitral ou la propagation du bruit aortique. Légère douleur dans le coude gauche; même état des membres inférieurs. — *Soir*. P. 84; T. 39°,2.

19 *avril*. P. 76. T. 38°,4. — Transpirations abondantes; sudamina sur la peau du ventre et de la poitrine. Les douleurs articulaires sont un peu calmées, mais pourtant assez fortes encore pour avoir empêché le sommeil. On supprime le sulfate de quinine et on le remplace par une potion avec 2 gr. de chloral. — *Soir*. P. 80; T. 38°,8.

20 *avril*. P. 76; T. 38°,4. La malade se trouve un peu mieux, mais est encore très-faible. Pas d'appétit. Le souffle cardiaque est très-intense, rude à la base, et semble accompagné d'un bruit de frottement. *Soir*. P. 76; T. 38°,9. Dans la journée ont eu lieu des vomissements sans cause appréciable. La langue qui, ces jours derniers, était devenue plus nette, est de nouveau couverte d'un enduit blanchâtre. Les douleurs sont moindres dans les genoux, mais plus fortes dans les bras où elles occupent non-seulement les coudes, comme les jours précédents, mais encore les poignets.

21 *avril*. P. 80; T. 38°. Les douleurs sont bien calmées. En découvrant la malade, on constate, outre la teinte jaunâtre des jours précédents, une éruption de *miliaire* assez abondante. Sueurs profuses. Pas de vomissements depuis hier. On supprime la potion de chloral. *Soir*. P. 96; T. 39°. Retour des douleurs dans les cou-de-pieds et dans les genoux où l'on trouve encore un peu de liquide.

22 *avril*. P. 86; T. 38°,2. — Apaisement des douleurs. Même état du cœur. Frottement évident vers le 3e espace intercostal gauche. Pas d'albumine dans l'urine. Langue bonne. *Soir*. P. 92; T. 38°,7.

23 *avril*, P. 96; T. 38°,8. *Soir*. P. 96; T. 39°,4. Douleurs vives surtout dans le poignet droit. Du reste, d'une façon générale, les douleurs sont toujours plus fortes dans la journée et le soir que le matin.

24 *avril*. P. 108; T. 38°,5. Hier au soir, la malade a eu quelques vomissements. Ce matin, envies de vomir. Langue blanche, sale. Persistance des douleurs. *Soir*. P. 100; T. 38°,4. Douleurs un peu moindres. Quelques taches érythémateuses sur les deux jambes. Rien sur la paroi abdominale.

25 *avril*. P. 80; T. 38°. Hier au soir, la malade a encore vomi son potage. Langue blanche. Mauvais goût à la bouche. Les douleurs articulaires sont un peu calmées.

On constate ce matin une *nouvelle éruption* de taches érythémateuses sur les jambes et en particulier sur la cuisse gauche, puis sur le ventre et sur les seins. L'une de ces taches a le diamètre d'une pièce de 1 fr.; les autres sont beaucoup plus petites, plus pâles et moins saillantes que celles de la première éruption. Au cœur, on trouve toujours à la base un souffle intense. Il semble bien qu'à la pointe existe aussi un souffle distinct de celui de la base, mais il est beaucoup moins rude. La lésion principale occupe certainement l'orifice aortique. *Soir*. P. 84; T. 39°,1. L'éruption s'est peu modifiée depuis ce matin. *Les douleurs articulaires s'apaisent.*

26 *avril*. P. 96; T. 37°,8. Diminution très-marquée des douleurs articulaires. On ne retrouve plus de liquide dans les genoux. Les taches érythémateuses sont nombreuses, disséminées sur la peau des membres inférieurs et de l'abdomen, mais beaucoup plus pâles que la première fois; elles sont aussi plus petites, plus discrètes, et n'ont point au même degré une tendance à envahir les parties saines et à converger l'une vers l'autre. Le bruit anormal à la base du cœur est de plus en plus intense. — Pot. avec 2 gr. de nitrate de potasse. *Soir*. P. 92; T. 38°,9 — La malade raconte que dans l'après-midi, à 2 heures, son bras droit est devenu subitement noir et froid, puis, qu'au bout de 1 heure, tout s'est dissipé. Il ne reste actuellement (5 h. 1/2) aucun vestige de cet accident.

L'éruption se renouvelle, c'est-à-dire que les taches apparues hier et avant-hier pâlissent, mais sont remplacées par de nouvelles plaques.

27 *avril*. P. 84; T. 37°,3. — *Soir*. P. 92; T. 39°,1. L'éruption paraît diminuer.

28 *avril*. P. 100; T. 38°. Encore quelques vomissements hier soir. L'éruption est décidément en voie de décroissance. Peu de douleur dans les articulations. *Soir*, P. 84; T. 38°,1. Envies de vomir. La langue est cependant meilleure. Les douleurs sont modérées. L'éruption a presque entièrement disparu; sur le ventre seulement persistent encore quelques taches jaunâtres.

29 *avril*. P. 88; T. 37°,4. L'*éruption* est complétement *éteinte*; pas de nouvelles taches depuis 2 jours. Sueurs abondantes. Sudamina sur tout le tronc. *Douleurs plus vives* ce matin dans les membres inférieurs. La malade accuse en outre une douleur en avalant. Pas de rougeur de pharynx. Potion avec 0,50 de propylamine. *Soir*. P. 98; T. 38°,4.

30 *avril*. P. 84; T. 37°,9. Douleurs un peu moindres. Quelques taches d'erythème sur la partie supérieure du thorax et sur les seins. Bruit de souffle sans modifications. Potion avec 1 gr. de propylamine. *Soir*. P. 96; T. 39°. Douleurs beaucoup plus fortes dans les articulations des membres supérieurs, surtout à droite.

1er *mai*. P. 92; T. 37°,8. Les douleurs sont beaucoup moins vives qu'hier soir. Du reste, ces douleurs sont en général beaucoup plus marquées le soir que le matin. Quant à l'éruption, elle a presque entièrement disparu. L'état général est bien meilleur. La malade commence à manger. *Soir*. P. 92; T. 38°,9. Retour des douleurs dans les membres inférieurs.

2 *mai*. P. 110; T. 37°,8. Peu de douleurs. Le souffle cardiaque persiste, mais est peut-être un peu moins rude. *Soir*. P. 108; T. 39°,3. Quelques vomissements dans la journée, sans cause appréciable. La langue est bonne.

3 *mai*. P. 96; T. 37°,8. Douleurs assez vives dans les coudes et les poignets. Quelques plaques d'érythème à la face interne du genou droit. *Soir*. P. 96; T. 38°,6. Douleurs plus fortes que ce matin, étendues de plus aux épaules.

Pendant plusieurs jours, le même état se maintient. Il y a encore quelques plaques érythémateuses très-peu abondantes; les douleurs persistent mais peu accusées et intermittentes. La malade commence à se lever un peu dans la journée. L'appétit est revenu.

4 *mai*. P. 96; T. 37°,1. *Soir*. P. 96; T. 38°.6. 5 *mai*. P. 100; T: 37°,6. *Soir*. P. 100; T. 38°,1. 6 *mai*. P. 92; T. 37°,4. — *Soir*. P. 96; T. 38°,2 7 *mai*. P. 84, T. 37°,0. *Soir*. P. 100; T. 37°,9. 8 *mai*. P. 100; T. 37°,3. *Soir*. P. 100; T. 37°. 9 *mai*. P. 108; T. 37°,4. *Soir*. P. 94; T. 38°.

10 *mai*. P. 96; T. 37°,4. Hier soir, vers 8 heures, la malade qui était restée levée 2 heures dans l'après-midi, a ressenti une démangeaison générale qui la portait à se gratter. Quelques instants après, elle constatait l'apparition d'une *éruption* d'abord sur les bras, puis à peu près sur tout le corps. Elle n'avait point mangé de poisson, ni autre chose que du bœuf. Dans la nuit, la sensation de démangeaison a persisté. Ce matin, elle a beaucoup diminué. L'éruption, qui, d'après le dire de la malade, ne s'est pas modifiée depuis hier, est formée de plaques érythémateuses de dimensions variables. Les unes sont très-petites, ayant au plus les dimensions d'une lentille; les autres sont beaucoup plus étendues et l'une d'elles, sur le ventre, mesure au moins 20 centimètres en tous sens. Cette éruption, qui est presque généralisée et n'a respecté que la face et le cou, est assez confluente et occupe sur les membres et le tronc au moins les trois quarts de la surface cutanée. Elle présente une coloration rouge un peu jaunâtre, uniforme et partout absolument identique, sans bourrelet appréciable sur les bords. Elle est à ce point de vue notablement différente des autres éruptions observées jusqu'ici; elle s'en distingue encore en ce qu'elle ne s'accompagne pas de fièvre, ni de symptômes généraux. L'appétit est assez bon; il n'y a point de troubles digestifs, point de céphalalgie. Les bruits du cœur ne se sont pas modifiés. *Soir*. P. 92; T. 37°,3. L'éruption présente à peu près les mêmes caractères que ce matin.

11 *mai*. P. 96; T. 37°,1. L'éruption est moins rouge, mais à part cela, ne s'est point modifiée; elle n'a pas gagné en étendue. — *Soir*. P. 100; T. 37°,5.

12 *mai*. P. 100; T. 37°. L'éruption n'est presque plus appréciable; il reste seulement une légère teinte jaunâtre. Pas d'apparence de desquamation. *Soir*. P. 100; T. 37°,6.

13 *mai*. P. 100; T. 37°. *Soir*. P. 100; T. 37°,3. Rien de nouveau. Les douleurs sont peu vives, mais persistent. Le souffle est plus doux et certainement moins fort qu'il y a quelques jours. L'éruption n'a pas laissé de traces.

14 *mai*. P. 104; T. 37°. *Soir*. P. 108, T. 37°,7. La malade se plaint de

palpitations. L'examen du cœur ne révèle rien de nouveau.

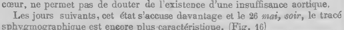
15 *mai*. P. 96 ; T. 37°. — *Soir*. P. 104 ; T. 37°,3.

18 *mai*. Les douleurs persistent dans les genoux et les poignets. mais à un faible degré. La malade peut cependant rester levée une bonne partie de la journée. Mais, depuis quelques jours, elle se plaint de douleurs dans les articulations des doigts. Il y a un peu de tuméfaction surtout au niveau des articulations de la première avec la seconde phalange.

20 *mai*. Persistance des douleurs, surtout dans les petites articulations des doigts. Dans l'état du cœur, une modification importante s'est produite. A la pointe, on trouve au 1[er] temps un souffle assez rude, mais qui n'est pas cependant très-fort. A la base, le souffle constaté jusqu'ici au 1[er] temps est certainement moins rude et il existe également un *souffle très-léger mais non douteux au 2[e] temps*. A la main, le pouls présente assez nettement les caractères de l'insuffisance aortique ; il est bondissant et très-évidemment différent de ce qu'il était il y a encore peu de jours.

Le soir, le tracé sphymographique du pouls confirme les indications que la palpation simple avait déjà données. Ce caractère, joint à l'examen du cœur, ne permet pas de douter de l'existence d'une insuffisance aortique.

Les jours suivants, cet état s'accuse davantage et le 26 *mai, soir*, le tracé sphygmographique est encore plus caractéristique. (Fig. 16)



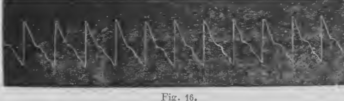


Fig. 16.

Le souffle systolique à la pointe persiste, mais diminue pourtant d'intensité. A la base on trouve, au 1[er] bruit, un souffle moins rude qu'il n'était il y a une quinzaine de jours, et au 2[e] temps un souffle doux, (jet de vapeur) ayant son maximum vers le 3[e] espace intercostal gauche. Il se propage un peu vers le cou, mais surtout vers la pointe ; il disparaît cependant à quelque distance de la pointe du cœur. En même temps, les articulations des phalanges ont augmenté de volume et présentent les caractères du *rhumatisme noueux* (nodosités d'Heberden). Les articulations qui sont affectées au plus haut degré sont celles des phalanges avec les phalangines et particulièrement celles de l'indicateur, du médius et de l'annulaire des deux côtés. Les articulations des phalangines avec les phalangettes sont aussi altérées, mais à un moindre degré.

6 *juin*. Mêmes caractères du côté du cœur. Insuffisance aortique évidente. Pas de double souffle dans les fémorales. Par un certain degré de pression, on détermine seulement un souffle rude correspondant à la systole cardiaque.

9 *juin*. Les nodosités des jointures s'accusent de plus en plus. Douleur légère dans ces articulations. Les grandes articulations sont maintenant beaucoup plus libres. On supprime la propylamine que la malade a prise depuis le 29 avril, à des doses de 0,50 à 1g.50, sans résultat bien avantageux. On remplace cette substance par une potion avec 1 gr. d'iodure de potassium.

10 *juin*. Quelques plaques érythémateuses ont reparu sur les cuisses et les mollets. Elles sont pâles et peu marquées. Pas trace de fièvre. On supprime l'iodure de potassium. Expectation.

Les jours suivants apparaissent quelques plaques.

18 *juin*. Cette légère poussée érythémateuse est terminée depuis la veille. Persistance des phénomènes cardiaques sans modification. La malade n'accuse, du reste, aucun trouble fonctionnel. Quant aux nodosités des articulations des phalanges, elles paraissent avoir augmenté. En tout cas, elles ne montrent aucune tendance à la diminution. Les articulations métarcapophalangiennes sont prises, mais à un moindre degré que celles des phalanges. Potion avec 5 gouttes de liqueur de Fowler.

25 *juin*. Le souffle du 2[e] temps à la base semble un peu moins fort. Il est cependant encore très-net. Les nodosités articulaires sont aussi moins volumineuses et surtout moins douloureuses. L'état général est bon.

30 *juin*. Le souffle d'insuffisance aortique est certainement moins fort. Le souffle systolique a aussi diminué d'intensité ainsi que le souffle de la pointe. Il y a en somme une amélioration très-notable dans l'état du cœur. Le tracé sphygmographique donne encore les caractères du pouls de l'insuffisance aortique, mais beaucoup moins accusés. Les articulations sont un peu moins tuméfiées. Cette amélioration s'accentue les jours suivants, et lorsque le 14 *juillet* la malade quitte l'hôpital pour retourner dans son pays, les articulations de la main commencent à être plus libres, moins tuméfiées et moins douloureuses. L'état général est bon ; les forces sont revenues, mais les articulations des membres inférieurs et celles du poignet, bien qu'elles ne soient plus douloureuses, n'ont point encore recouvré complètement la liberté de leurs mouvements. Quant au cœur, on trouve encore un léger souffle systolique à la pointe ; à la base, le 1[er] bruit est remplacé par un souffle peu intense et le souffle du second temps a presque entièrement disparu.

Deux points me paraissent surtout devoir fixer l'attention dans l'observation qui précède : 1° L'éruption, et 2° certains phénomènes qu'il me semble impossible de ne point rattacher au rhumatisme (1).

L'éruption observée au début de la maladie a été qualifiée du nom d'*érythème marginé*, bien qu'à quelques égards elle différât de l'exanthème décrit sous ce nom par les auteurs et particulièrement par M. Bazin. C'est ainsi que, loin d'affecter surtout les parties découvertes (dos des mains, face, cou, etc.), elle les a presque absolument respectées. Mais par les autres caractères, l'éruption constatée chez notre malade nous a semblé mériter complétement le nom d'érythème marginé ; tel fut aussi l'avis de plusieurs de mes collègues, anciens internes de l'hôpital Saint-Louis, auxquels je fis voir cette malade. Plus tard, l'éruption présenta plutôt les caractères de l'érythème papuleux confondu d'ailleurs par la plupart des auteurs dans une description commune avec l'érythème marginé.

Il n'est pas jusqu'aux circonstances indépendantes de l'éruption elle-même (apparition de la maladie au printemps, chez une jeune fille de 21 ans) qui ne viennent confirmer ce diagnostic.

Quant aux *accidents rhumatismaux*, ils sont des plus nets et ne semblent pas pouvoir être contestés. Rien n'y manque, en effet : Douleurs articulaires disséminées, avec épanchement et rougeur (légère, il est vrai) de certaines des régions affectées ; sueurs profuses ; manifestations cardiaques d'une intensité telle que 5 semaines après le début de l'endocardite, une insuffisance aortique est constituée ; enfin, pour compléter le tableau, envahissement des petites jointures. nodosités des phalanges avec les caractères habituels du rhumatisme noueux.

Et maintenant, dira-t-on que ce fait est simplement un exemple d'érythème compliqué d'arthrite ? Tout au plus pourrait-on prétendre que c'est un érythème compliqué de rhumatisme ; et encore cette interprétation parfaitement admissible dans un bon nombre de cas (2), me semble ici tout-à-fait inacceptable. Reprenons en quelques mots l'histoire de la malade :

Une jeune fille, bien portante jusqu'alors, est prise le 7 avril de phénomènes généraux mal caractérisés ; le 10, apparaît l'éruption ; le 13, surviennent des douleurs dans les articulations, et ces douleurs présentent tous les caractères des douleurs rhumatismales ; le 16, le cœur est affecté ; puis l'éruption disparaît, mais les douleurs persistent. Le 26, nouvelle éruption qui coïncide avec une diminution des accidents articulaires. Le 29, disparition de l'éruption, mais aggravation des douleurs. Enfin, à différentes reprises, retour de l'exanthème, puis diminution des douleurs dans les grandes jointures, mais envahissement des petites articulations des doigts.

La marche de la maladie, les rapports réciproques de l'éruption et des phénomènes articulaires qui à certains moments ont semblé en quelque sorte alterner, rendent difficilement admissible toute interprétation qui tendrait à voir une simple coïncidence entre l'éruption et les phénomènes articulaires ou mieux rhumatismaux. Aussi, sans insister davantage sur ce fait, je me crois en droit de répéter ce que je disais plus haut, à savoir : *Que dans certains cas au moins (3), l'exanthème désigné sous les noms d'érythème marginé, érythème papuleux, etc., est en rapport évident avec la diathèse rhumatismale.*

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT, médecin de la Salpêtrière, continue ses *démonstrations cliniques* sur les *maladies du système nerveux*, tous les dimanches à 9 heures 3/4. Dimanche 28 décembre : *De l'hystérie* ; *de la paralysie agitante.*

---

(1) Je laisse de côté certaines particularités intéressantes mais accessoires (caractères de la lésion cardiaque, etc.) Pourtant, je crois devoir faire remarquer que cette observation est parmi celles qui ont été publiées, la seule dans laquelle la température ait été régulièrement prise.

(2) Voyez en particulier une observation présentée à la *Soc. de biologie* (1865), par Odier.

(3) Comparez : Observation de Challand ; in : thèse de Hallez, 1870, page 113.

PATHOLOGIE EXTERNE

Etude sur quelques lésions du mésentère dans les hernies (1)

Par **L. E. DUPUY,** interne des hôpitaux de Paris.

Lorsque l'épanchement sanguin se trouve en quelque sorte enkysté entre les deux feuillets du mésentère, par suite de la dispositiou que nous avons signalée plus haut, les faits revêtent une physionomie différente. La tumeur sanguine existant au voisinage du pédicule peut entrainer l'irréductibilité, sinon l'étranglement de l'anse herniée.

Dans l'observation suivante, communiquée par M. Rochard (2) à la Société de chirurgie, l'épanchement sanguin, dû à un coup violent porté sur le scrotum, formait une tumeur à contours réguliers qui amena l'irréductibilité d'une hernie inguinale volumineuse et causa même des symptômes d'étranglement.

Observation v. *Hernie inguinale ancienne devenue subitement irréductible à la suite d'une contusion. — Accidents graves ; opération, tumeur sanguine dans le mésentère ; réduction après un large débridement. Mort. Autopsie.*

Homme de 57 ans, constitution robuste, affecté de hernie inguinale externe ancienne, volumineuse, réductible, habitnellement abandonnée à elle-même. — A reçu un coup violent sur le scrotum, à la suite duquel, douleur abdominale vive, et augmentation de moitié du volume de la tumeur qui est devenue irréductible. Le centre de celle-ci est occupé par une masse dure, aplatie, de nature difficile à déterminer, mais dont le volume était beaucoup trop considérable pour qu'il fût possible de lui faire franchir le canal inguinal. — Les symptômes d'étranglement prenant une intensité croissante, au bout de 24 heures on pratique la kélotomie. Les parois épaissies du sac ayant été incisées, il sortit de l'intérieur de celui-ci 100 grammes d'un liquide noir, semblable à du sang. Dans le sac, on trouva une anse de l'intestin grêle, longue de 18 à 20 centimètres, parfaitement saine, mais dont *le mésentère était transformé en un gâteau aplati de 6 centimètres de diamètre, de plus d'un centimètre d'épaisseur et constitué par un caillot interposé entre les 2 feuillets du mésentère.* Le choc subi par la hernie avait déterminé la rupture de quelques-uns des rameaux qui rampent dans cet intervalle, les parties les plus fluides du sang avaient passé dans le sac par imbibition, le caillot seul était resté et c'était là le corps résistant dont on avait constaté la présence et qui s'était opposé à la réduction. L'intestin paraissait fortement serré au niveau de l'anneau inguinal ; on pratiqua un débridement de 2 centimètres en dehors et en haut qui permit d'attirer à l'extérieur la portion comprise dans le canal et de s'assurer de l'intégrité des tuniques au point ou l'étranglement avait porté. Après avoir fait un un débridement d'une longueur de 7 centimètres et remontant jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque, on put réduire la tumeur incompressible du mésentère. Tout alla bien d'abord pendant 5 jours ; les symptômes d'étranglement cessèrent et le malade eut des selles copieuses la nuit qui suivit l'opération. Le 6e jour, douleur atroce dans le ventre avec tous les signes d'une péritonite suraiguë (vomissements, facies grippé, voix éteinte, pouls filiforme, sneurs froides, etc). — Mort dix henres après le début de ces accidents. *A l'autopsie*, on trouva dans la cavité péritonéale un épanchement séreux, d'un jaune roussâtre, provenant de la fonte du caillot dont il ne restait plus de traces.

Nous signalerons dans cette observation les particularités suivantes : la rupture de quelques vaisseaux mésentériques entraina la formation d'une tumeur sanguine dans le mésentère et une hémorrhagie dans le sac herniaire ; l'intestin ne présentait aucune lésion appréciable. Des symptômes d'étranglement se déclarèrent néanmoins, et, ayant pris une intensité croissante, nécessitèrent la kélotomie. Il nous semble probable que l'anse intestinale herniée a été comprimée autant par la tumeur sanguine du mésentère que par l'anneau inguinal lui-même : c'est à cette tumeur qu'il faut, en tous cas, attribuer l'irréductibilité de la hernie sinon les symptômes d'étranglement.

Le chirurgien, rencontrant une semblable lésion pendant l'opération de la kélotomie doit certainement être fort embarrassé, et nous comprenons les indécisions de M. Rochard qui se demanda s'il fallait laisser au-dehors l'intestin, ou, au contraire, ouvrir le feuillet antérieur du mésentère, vider le sang de la poche et appliquer au besoin des ligatures sur les vaisseaux qui donnaient du sang, ou encore replacer le tout dans l'abdomen après débridement préalable. Ce dernier procédé fut adopté par M. Rochard qui comptait sur la résorption de cette tumeur sanguine ; il eût peut-être réussi si le caillot eût été moins volumineux. Nous demandons s'il n'eût pas mieux valu vider cette tumeur sanguine et éviter par conséquent la nécessité d'un débridement considérable.

Dans l'opération de la kélotomie, le mésentère peut être coupé par le bistouri falciforme, au moment du débridement de l'anneau. Notre maitre, *M. Demarquay*, a produit cette lésion dans les conditions suivantes : ayant fait glisser le bistouri le long de son doigt placé dans l'anneau de manière à refouler l'intestin, il pratiqua le débridement ; mais le mésentère débordant de chaque côté le doigt qui le maintenait en arrière, fut atteint par l'instrument ; un vaisseau mésentérique ayant été ouvert, il en résultat une hémorrhagie assez sérieuse (1).

Enfin, on sait que Lapeyronie recommande, pour pratiquer un anus artificiel dans le cas de hernies compliquées de perforation de l'intestin, de passer un double fil dans un repli du mésentère afin de maintenir au voisinage de l'anneau les deux bouts de l'intestin. Scarpa signale avec juste raison les inconvénients de cette méthode ; selon lui, le fil mésentérique serait nuisible parce qu'il ne tarde pas à couper le mésentère et qu'il peut par conséquent diviser quelques vaisseaux et donner lieu à une hémorrhagie. — Les développements dans lesquels nous sommes entrés démontrent la facilité avec laquelle peuvent se produire ces hémorrhagies si graves du mésentère; les appréhensions de Scarpa sont parfaitement justifiées et nous pensons que le procédé de Lapeyronie ne doit être employé qu'avec la plus grande circonspection. Dans les cas exceptionnels où l'emploi du fil mésentérique serait indispensable, on pourra suivre le précepte de Velpeau et ne le laisser en place qu'un ou deux jours, afin qu'il n'ait point le temps d'ulcérer le mésentère et d'amener la section de cette membrane. *(A suivre.)*

(1) Voir les nos 26 et 27 du *Progrès Médical.*

(2) J. Rochard, *Gazette des hôpitaux*, 1861. p. 173.

(1) Communication orale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Budget et l'Enseignement Médical.

Le discours de M. Bouisson nous a montré quelques-uns des besoins de notre enseignement supérieur; celui de M. P. Bert achève de déchirer le voile qui couvre nos imperfections scientifiques. L'amendement déposé par M. Bert avait pour but de faire « ajouter au chapitre VII une première annuité de 400,000 fr. pour la reconstruction de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. » Bien que le discours prononcé par M. Bert soit plus particulièrement consacré à l'Ecole de pharmacie, il renferme des renseignements précieux sur plusieurs autres établissements scientifiques. Tout d'abord vient la Faculté de Médecine:

« La Faculté de médecine de Paris, dit l'orateur, qui a été organisée pour 2,000 ou 3,000 élèves tout au plus, en compte plus du double, et il en résulte que ces élèves ne peuvent trouver accès ni dans les amphithéâtres, ni dans les laboratoires, et ne reçoivent que d'une manière très-insuffisante cette instruction pratique si utile au médecin qui s'en ira dans le monde disposer de la vie de ses semblables avec autorisation du Gouvernement. »

Quant au Muséum d'histoire naturelle, dont la vicieuse organisation est connue de tout le monde savant et qui est si difficilement ouvert aux jeunes gens qui veulent travailler pour leur propre compte, voici ce qu'en raconte M. Bert:

« Au Muséum d'histoire naturelle, une partie des plus importantes collections sont cachées au public, et non-seulement elles sont cachées au public, mais elles se détériorent à cause des salles humides, malsaines, où l'on est obligé de les garder. »

Le Collége de France où l'émulation scientifique se maintient et s'accroît, principalement sous la direction de MM. Cl. Bernard et Ranvier, n'est pas mieux partagé :

« Au Collége de France, il se trouve des caisses non encore déclouées qui contiennent de grandes richesses ; du moins on le suppose d'après les let-

tres d'envoi qu'on a reçues, car on n'a pu s'en assurer, par ce qu'on est obligé d'empiler ces caisses dans des greniers sans avoir vu ce qu'il y a dedans. »

Tout cela est bien triste, dirons-nous avec M. Bert et personne n'osera être d'un avis différent. Et cependant nous avons un établissement scientifique qui est dans une situation plus déplorable encore: c'est l'*École supérieure de pharmacie de Paris.*

« Ses laboratoires sont organisés pour 100 à 150 élèves, 200 tout au plus, et il y en a aujourd'hui 500 d'inscrits. Ceci est un fait particulier qui mérite d'attirer votre attention, car il touche à une question d'honnêteté. En effet, chacun de ces 500 élèves paie annuellement à l'Etat 100 francs, en outre des frais d'inscription et des frais d'examen; cette somme est attribuée à l'enseignement pratique qui devrait leur être donné dans le laboratoire, et où il ne peut pas leur être donné, puisqu'il n'y a pas de place pour eux. En sorte qu'on est obligé de ne point veiller à la stricte exécution du règlement, et, pour ainsi dire, de spéculer sur la paresse d'un certain nombre d'élèves qui, ne venant pas réclamer leurs places dans les laboratoires, en laissent davantage à ceux qui veulent travailler... Ces élèves remplaçant par des manuels et par des lectures les connaissances approfondies qu'ils auraient dû acquérir dans les laboratoires, peuvent à la rigueur passer leurs examens, mais ils manquent absolument de pratique. Aussi, de temps en temps, voit-on dans les journaux que tels pharmaciens se sont trompés grossièrement, que d'autres ont été attaqués par leurs clients et condamnés par les tribunaux pour avoir fait preuve d'insuffisance dans les connaissances chimiques qu'ils auraient dû acquérir. Cependant ces pharmaciens ne pourraient-ils pas dire : Où aurais-je appris la chimie? Je vous ai donné 100 francs pendant trois ans pour me l'apprendre, et vous ne m'avez pas fourni de laboratoire pour m'instruire. »

Ce n'est pas tout: non-seulement l'Ecole de pharmacie est insuffisante à remplir ses engagements scientifiques vis-à-vis des étudiants, mais encore elle est dangereuse pour leur existence — ce qui ne doit guère encourager sa fréquentation.

« Elle s'écroule; ses bâtiments sont étayés de tous les côtés, et les étais s'enfoncent même dans le sol qui se dérobe sous eux. On a, par des travaux de la Ville qui étaient indispensables, occasionné aux environs de l'Ecole un mouvement général de terrain dont la cause n'est pas encore bien connue; cet effondrement est-il dû aux Catacombes ou à l'arrêt de nappes d'eau? toujours est-il que, quelque temps après que ces travaux ont été faits, une des ailes de l'Ecole de pharmacie a menacé de s'écrouler; on a mis des étais sur toutes les faces; mais l'ensemble du bâtiment, solidaire de chacune de ses parties, a pivoté sur lui-même et s'est affaissé sur une autre face. On a remis d'autres étais, si bien qu'aujourd'hui, cette école apparait enveloppée d'une forêt de mâts penchés qui l'empêchent de tomber sur les passants de la rue qu'elle avoisine. Je ne fais pas de cela un tableau trop sombre. »

«... Si tous ces bâtiments s'écroulent, que ferez vous? Vous commencerez à construire, et, pendant ce temps, les 60,000 ou 70,000 francs que bon an mal an, vous rapporte cette école devront être rayés de l'actif de votre budget. Il me semble que cette école, qui vient en nourrir d'autres sur lesquelles s'étend la sollicitude du Gouvernement, parce qu'elles ne pourraient vivre seules, a bien le droit d'être traitée suivant ses mérites financiers, sans parler de ses mérites scientifiques. »

Le Ministre de l'Instruction publique, le Sous-Secrétaire d'Etat, et le rapporteur M. Bardoux, reconnaissent l'exactitude des renseignements donnés par M. Bert. Malgré l'urgence incontestable, M. Bardoux se borne « à émettre le vœu que le Gouvernement présente à l'Assemblée, dès l'année prochaine, un crédit extraordinaire destiné à faire face à tous les besoins de nos établissements scientifiques. » L'année prochaine.... ou aux Calendes grecques! Et, durant ce temps, croit-on que les pays qui nous entourent, et en particulier l'Allemagne, vont se croiser les bras, eux qui déjà sont beaucoup mieux organisés que nous? S'il y a jamais eu des raisons d'urgence, pour employer le langage usité à l'Assemblée, c'est assurément lorsqu'il s'agit de semblables réformes.

M. Bert a invoqué la question d'honnêteté en parlant de l'Ecole de pharmacie, impuissante à fournir à ses élèves les éléments de travail dont ils ont besoin et il en a fait voir les graves conséquences. Eh bien! il en est absolument de même à la Faculté de Médecine. Pour avoir le droit de disséquer à l'Ecole pratique, du 1er novembre au 31 mars, la Faculté exige 20 fr. des étudiants. Or, depuis plus d'un mois, les places manquent dans les pavillons de dissection et, par conséquent, les étudiants ne reçoivent rien en échange de leur argent. D'autre part, bien que la Faculté sache que ses pavillons sont pleins, elle n'en continue pas moins à délivrer des cartes de dissection et à recevoir les pièces de 20 fr. De cette situation.... anormale, il résulte des plaintes d'autant plus vives, qu'on a, paraît-il, favorisé les étudiants militaires au détriment des étudiants civils. Pour donner un semblant de satisfaction à ces plaintes, les administrateurs de la Faculté, qui ne manquent pas d'imagination, ont renvoyé les premiers inscrits et leur ont substitué une partie des réclamants. N'est-ce pas dérisoire et, en face de faits aussi criants, n'est-on pas autorisé à dire que toute notre organisation scientifique semble faite pour décourager les étudiants laborieux et non pour les soutenir et les pousser en avant?

Une vérité incontestable ressort enfin des discours de MM. Bouisson et P. Bert et des répliques du rapporteur et du Sous-Secrétaire d'Etat, c'est que, à la fin de l'Empire l'enseignement supérieur était en pleine décadence et que le régime tombé n'avait pas plus de souci de notre réputation scientifique que de notre grandeur militaire. Pour réparer le mal, le Gouvernement actuel a une grande tâche à accomplir. Espérons qu'il n'y faillira pas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *décembre.* — PRÉSIDENCE DE M. CL. BERNARD.

On sait — et, jusqu'à ces derniers temps, le fait était universellement accepté — que le cerveau n'est pas excitable; que l'on peut promener les rhéophores à la surface des hémisphères ou les enfoncer profondément dans la substance centrale, à condition toutefois de ne pas atteindre les pédoncules, sans que la moindre réaction, le moindre mouvement vienne trahir ou révéler l'excitation électrique. Mais MM. Fritsch et Hitzig, à la suite d'expériences, reprises et agrandies par M. David Ferrier, ont contesté la vérité d'un résultat qui, cependant, était un dogme en physiologie : ils prétendent que le cerveau est excitable, que son irritation expérimentale produit des mouvements. M. Ferrier a même été plus loin et croit pouvoir localiser les points dont l'activité amène tel ou tel mouvement déterminé. L'assertion était trop importante pour ne pas attirer l'attention des médecins et des physiologistes; aussi M. Charcot engagea-t-il vivement M. Duret à traduire le mémoire de M. Ferrier. Une partie de cette traduction a déjà paru dans le dernier numéro du *Progrès médical* (20 décembre, page 333). Mais M. Duret a fait plus. Il a voulu, avec l'aide de M. Carville, répéter et contrôler les recherches de M. Ferrier. C'est le résultat de leurs expériences communes que M. Carville a exposé au début de cette séance.

Nous ne voulons que les signaler et appeler l'attention sur elles et sur les discussions qu'elles ont soulevé, car les auteurs eux-mêmes publieront à cette place les résultats qu'ils ont obtenus.

M. BERT continue la série de ses communications sur les effets délétères de l'air comprimé. Il a montré que dans de l'oxygène à une haute pression l'animal est pris de convulsions et ne tarde pas à mourir; il a montré, en outre, que dans ces cas il se formait une quantité moindre d'acide carbonique, que la production d'urée diminuait et que l'activité des échanges moléculaires baissait rapidement. Les mêmes phénomènes ont

été observés chez les végétaux qui meurent aussi dans l'air comprimé.

M. Bert a poussé plus loin ses recherches et il a vu que toute manifestation de la vie, même la plus rudimentaire, est arrêtée par les hautes pressions. Les fermentations ne peuvent se produire et dans ces cas, par exemple, le vin, dans lequel on a semé des mycodermes, ne subit pas d'altération et ne se transforme pas en vinaigre, l'urée contenue dans l'urine ne fermente pas; l'amidon cru au contact de la salive ne donne pas naissance à de la glycose. La putréfaction elle-même s'arrête et l'on peut manger de la viande conservée ainsi pendant plusieurs mois. En outre, fait remarquable et qui pourrait contenir quelque application industrielle, lorsque la viande a été ainsi comprimée et s'est saturée d'oxygène elle ne s'altère plus, même lorsqu'on diminue la pression, à condition toutefois de faire fuir le gaz par une ouverture capillaire. On le voit, l'oxygène comprimé est un poison, il fait plus que d'empêcher l'éclosion des germes, il les tue.

M. Rabuteau remet au secrétaire une note sur le dosage des azotates, fondé sur l'insolubilité du nitrate de soude dans l'alcool absolu.

M. Onimus. — J'ai pu voir, par l'examen ophthalmoscopique que les vaisseaux de la papille se dilataient pendant l'électrisation des ganglions cervicaux supérieurs. En effet, lorsqu'à leur niveau on place sur la peau les réophores, l'activité circulatoire devient plus grande. J'ai appliqué cette notion à la thérapeutique et dans trois cas d'atrophie des nerfs optiques déjà assez avancée, j'ai pratiqué l'électrisation sur les ganglions cervicaux des sympathiques. — Certainement la guérison n'a pas eu lieu, mais j'ai obtenu une amélioration très-réelle que je ne saurais attribuer qu'à l'influence de l'électrisation sur l'activité de la circulation sanguine rétinienne.

M. Hamy. — En faisant des recherches au *Musée Dupuytren* pour un travail de tératologie que je préparais, j'avais souvent remarqué un monstre fort bizarre et figuré en bois. Il provenait, mais sans désignation aucune, du vieux fond légué par l'ancienne Académie de chirurgie. Je croyais presqu'à une fantaisie de sculpture, car ce monstre n'appartenait à aucune des catégories observées par Geoffroy Saint Hilaire, lorsqu'en feuilletant sur les quais j'ai trouvé un vieux manuscrit contenant un dessin qui me rappela le monstre du Musée Dupuytren; puis à côté, un texte dans lequel était une description très-exacte et l'histoire du monstre et du bois sculpté qui le représentait. Il s'agit d'un enfant, né à Pondichéry en 1734, dont un père jésuite, d'abord fondeur de cloche, ensuite cuisinier, enfin apothicaire, etc., reproduisit les formes sur une racine. Je demanderai à la Société de vouloir bien imprimer ce manuscrit, car, outre le côté curieux qu'il contient, il renferme la description d'un monstre à difformités non encore observées.

M. Troisier montre l'encéphale d'une femme de 76 ans, morte de *ramollissement cérébral*, dans le service de M. Vulpian, à la Pitié. Ce ramollissement siége du côté gauche; il a détruit une partie du lobe sphénoïdal et du lobe occipital; les circonvolutions frontales et celles du lobule de l'insula ne présentent pas d'altération. Cette lésion avait déterminé pendant la vie une hémiplégie du côté droit et une aphasie des mieux caractérisées. La malade, qui avait conservé l'intelligence à peu près intacte, n'a pu prononcer pendant toute la durée de sa maladie qu'un mot mal articulé que l'on peut rendre de la façon suivante: *ma ma ma*... Elle a dit cependant une fois *oui*, et une fois *non*.

M. Troisier rappelle que Trousseau, dans ses cliniques, rapporte quatre observations d'aphasie (3 de M. Vulpian, 1 de M. Cornil), déterminées par des lésions du lobe sphénoïdal gauche; il en a une cinquième, celle de M. Guéniot. (*Gaz. des Hop.*, 18[illegible]). Celle-ci serait la sixième.

M. Bouchard. — Il faudrait faire une coupe sur ce cerveau et voir si les fibres qui se rendent à la troisième circonvolution ne sont pas altérées, car je me rappelle un cas dans lequel cette circonvolution n'était pas détruite, et cependant elle était comme isolée de la substance cérébrale par suite de l'altération des fibres qui l'environnent.

M. Troisier. — La coupe sera faite, mais une telle lésion n'est pas probable, car la circonvolution est aussi ferme et aussi développée de ce côté que du côté opposé.

M. du Castel présente un *cas de sclérose primitive et isolée des cordons de Goll*. Les cordons antérieurs et latéraux, la substance grise sont parfaitement sains. La lésion est limitée à la partie médiane des cordons postérieurs. A la région cervicale la lésion est superficielle, affecte une forme triangulaire à base tournée en arrière, elle occupe les deux côtés du sillon médian et pénètre peu profondément dans l'épaisseur de la moelle. A la région dorsale, elle a la forme d'un triangle allongé, à base située à la superficie de la moelle, sommet en rapport avec la commissure grise; celui-ci s'élargit un peu au niveau des colonnes de Clarke. — A la région lombaire, la sclérose présente une forme ovalaire; elle est située au milieu même des cordons postérieurs et n'atteint pas la surface de la moelle. Ce fait vient confirmer les résultats obtenus par M. Pierret dans l'étude des cordons de Goll (*Arch. de physiologie*, 1873 p. 554). Les lésions dans ce cas étaient tout-à-fait semblables à celles signalées par M. Pierret dans le seul fait de sclérose des cordons de Goll connu jusqu'à ce jour. (*Arch. de physiologie*, 1873, p. 74.)

Le malade, qui présenta cette lésion de la moelle, était entré dans le service de M. Labric en novembre 1871, atteint de chorée avec accidents articulaires et endo-péricardite; outre les phénomènes choréiques de la face, il existait alors des tremblements fibrillaires des muscles des joues et de la langue, une certaine gène de la parole. Mais le fait, qui paraît le plus important à signaler, est l'existence à cette époque d'une paraplégie. Après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, le malade sortit parfaitement guéri, le 29 août 1872 (1).

Rentré le 23 décembre 1872, il présenta surtout des phénomènes de tremblement du côté des membres supérieurs et de la tête, un affaiblissement considérable des membres inférieurs. Il succomba le 29 mars 1873 aux suites d'une endo-péricardite compliquée de pleurésie.

A aucune époque on n'a noté des troubles de la sensibilité. Deux modèles de l'écriture du malade recueillis pendant la dernière période de sa maladie sont tremblés, se rapprochent de ceux qu'on observe chez les malades atteints de sclérose en plaques et ne présentent pas les ressauts brusques et étendus de l'écriture des choréiques.

En résumé, tremblements des membres supérieurs et de la face, affaiblissement des membres inférieurs, tels paraissent avoir été les symptômes observés dans ce cas.

Pendant la séance, la société a procédé à l'élection d'un membre. M. Chatin a obtenu 29 voix sur 35 votants, M. Pierret, 5 et M. Nepveu, 1. P. R.

Appendice à la séance du 13 décembre. M. Pierret revenant sur plusieurs communications antérieures, et rappelant les conclusions de mémoires publiés dans les Archives de physiologie, établit que les cordons postérieurs de la mœlle épinière chez l'être humain doivent être considérés comme renfermant deux parties bien distinctes: l'une médiane, formée de deux faisceaux longitudinaux, parallèles, et séparés l'un de l'autre par le sillon médian postérieur (Voir page 352).

La seconde région physiologique, en grande partie constituée par les fibres des racines postérieures, figurerait, de chaque côté du faisceau médian, deux rubans longitudinaux, accolés aux cornes postérieures. (Zones radiculaires).

M, Pierret, fait remarquer que chez l'embryon, ces départements nerveux se développent isolément, et sont alors séparés l'un de l'autre par des sillons qui disparaissent en grande partie chez l'adulte. Aussi chez ce dernier, ce n'est que par l'étude attentive des localisations scléreuses, dans certaines maladies de la mœlle épinière que l'on peut retrouver les traces de cette division si nette chez l'embryon.

M. Pierret, apporte à la société, une nouvelle observation communiquée par M. Luys à M. Charcot, dans le laboratoire duquel les pièces anatomiques ont été étudiées. Cette observation concerne une malade, atteinte d'ataxie locomotrice, puis

(1) Cette partie de l'observation a été publiée dans la thèse de M. Picot sous le titre de rhumatisme articulaire avec endocardite, chorée et paraplégie incomplète (thèse 1873.,

idée au segment supérieur du tronc ; à l'autopsie, on a trouvé une sclérose très nette des deux zones radiculaires à la région cervicale, saus que la corne postérieure fut lésée sensiblement. Les phénomènes symptomatiques, n'avaient en effet consisté, qu'en douleurs fulgurantes et en incoordination motrice, d'ailleurs très nettement accusées.

La malade a toujours pu marcher, et jusqu'à la fin se promener dans les salles. A ce propos, M. Pierret, fait remarquer dans les pièces soumises à la société, l'intégrité du cordon médian postérieur auquel il attribue une grande influence sur les phénomènes de la station debout.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. Depaul.

M. le secrétaire perpétuel présente au nom de M. Capron, fabricant, une pompe aspirante et foulante destinée à rendre de grands services à la pathologie et à la physiologie. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *choléra et les diarrhées cholériformes*.

M. Woillez vient à son tour soutenir la doctrine de l'importation et de la contagion et combattre la théorie de M. Guérin. Les doctrines ont chacune leurs partisans convaincus; entre elles flottent les indécis; dans une question aussi grave il faut avoir une opinion bien arrêtée. Après 25 ans d'observation, M. Woillez, qui d'abord avait été partisan de la spontanéité, n'hésite pas à accepter comme seule vraie la doctrine de la Conférence sanitaire de Constantinople.

Grossesse par occlusion. M. le Président montre à l'académie une enfant de 6 ou 7 ans parfaitement constituée, développée d'une façon normale et régulière, qui porte attachée par un pédicule, à la partie antérieure du bassin, près de la symphyse pubienne la moitié du tronc et les membres inférieurs d'un autre enfant féminin. Les jambes supplémentaires sont bien conformées et fléchies sur elles-mêmes à angle droit. Il n'y a pas d'organes génitaux. La sensibilité existe mais affaiblie dans cette moitié de fœtus. M. Depaul pense qu'une opération pourrait être tentée avec chances de succès.

M. Panas fait une lecture sur un procédé opératoire, qui n'a pas encore pris place dans les ouvrages classiques et qu'il a eu occasion d'employer. C'est la section d'une des branches de la cinquième paire, *nerf buccal*. Il y a deux procédés, l'un externe, l'autre interne; c'est ce dernier que l'opérateur a adopté comme offrant plus de sécurité au chirurgien. Par le procédé externe on est gêné par le voisinage du nerf facial et du canal de Sténon.

Dans la prochaine séance l'Académie aura à voter pour la nomination d'un vice-président, du secrétaire annuel, et de deux membres de la Commission permanente.

G. B.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 octobre. — Présidence de M. Charcot.

Cirrhose du foie chez une malade ayant eu la syphilis,

par M. Hirne, interne des hôpitaux.

Cette femme est entrée le 17 octobre 1873 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Cadet-Gassicourt : elle était profondément cachectique. Jamais elle n'a eu de fièvres intermittentes, et elle affirme n'avoir jamais eu d'habitudes alcooliques. En revanche, elle a passé par toute la série des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires, pour lesquels elle a subi à plusieurs reprises un traitement mercuriel. Elle a eu notamment des périostoses et du côté des yeux une amaurose (choroïdite ?) incomplète que les ophthalmologistes ont considérée comme spécifique. Le début de sa maladie remonte à 3 ou 4 ans : à cette époque survinrent des troubles digestifs divers, mais peu prononcés, et surtout un affaiblissement graduel. Elle ne tarda pas à succomber, peu après son arrivée dans le service.

A l'*autopsie*, on trouve un *foie* petit (815 grammes) mesurant 19 centimètres de diamètre transversal. Son aspect est caractéristique. C'est une série de saillies et de dépressions irrégulières, existant aussi bien à la face inférieure qu'à la face supérieure. Au niveau des dépressions l'enveloppe fibreuse du foie est épaissie, blanchâtre, mais ne paraît pas envoyer profondément des prolongements dans le parenchyme hépatique.

Indépendamment de ces tractus fibreux, on trouve sur toute la surface de l'organe un nombre considérable de petites granulations jaunes du volume d'un grain de mil. La veine porte est parfaitement perméable : une injection poussée par ce vaisseau revient par les veines sus-hépatiques, et l'on trouve la coupe de la veine intralobulaire remplie par la matière colorante.

L'examen microscopique, pratiqué par M. Duret, montre les îlots de cellules séparés par une gangue de tissu conjonctif jeune ; autour des rameaux de la veine-porte, il y a également une prolifération du tissu conjonctif évidente. D'après ces caractères, il semble probable qu'on avait affaire à une *cirrhose syphilitique*.

M. Lucas-Championnière. Les caractères macroscopiques de cette pièce ne sont nullement démonstratifs : beaucoup de cirrhoses alcooliques présentent cette apparence.

M. Cornil. Ce foie est petit, lobulé, inégal : ce sont là les caractères de toute cirrhose arrivée à la période atrophique, quelle qu'en soit l'origine : on ne peut donc affirmer dans ce cas la syphilis. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est qu'elle a été injectée, et que les capillaires sont restés en partie perméables, malgré les symptômes d'ascite observés du vivant du malade. Ceci va à l'encontre des idées allemandes, qui admettent que dans ces cas la circulation hépatique est uniquement sous la dépendance de l'artère hépatique. Il y aurait peut-être là un sujet d'études intéressantes à poursuivre.

Dans cette séance ont encore été faites les communications suivantes : Hémorrhagie cérébrale dans le cours d'une leucocythémie, par Raymond et Troisier ; — dilatation considérable d'un uretère à son abouchement dans la vessie, etc., par le même ; — examen histologique d'une tumeur vasculaire et sanguine du derme, par Ch. Monod.

Séance du 19 décembre.

Renouvellement du Bureau. — *Président*, M. Charcot ; — *Vice-présidents* : MM. Guéniot et Parrot ; — *Secrétaires* : MM. Rendu et Sevestre ; — *membres du comité* : MM. Bourneville, Liouville et Malassez (titulaires) ; Bassereau, Bouilly et Troisier (adjoints) ; *trésorier* : M. Carville ; — *archiviste*, M. Landouzy.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

VII. Considérations anatomiques et pathologiques sur le faisceau postérieur de la moelle épinière, par M. Pierret.

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, septembre 1873).

L'école de la Salpêtrière, qui a déjà tant fait pour les maladies du système nerveux vient d'ajouter à son actif un nouveau travail publié par M. Pierret. La structure des cordons postérieurs de la moelle épinière, et leur rôle physiologique exacts, sont encore bien discutés ; c'est ce problème difficile que M. Pierret a abordé en se fondant, tout à la fois, sur ses travaux histologiques et sur l'anatomie pathologique d'un certain nombre de tabétiques, publiés antérieurement par lui.

I. Dans la première partie de son travail, il étudie la formation de la moitié postérieure de la moelle épinière chez l'embryon humain. La coupe transversale d'une moelle d'embryon de six à sept semaines donne une figure ayant l'aspect d'un quadrilatère irrégulier ; la cavité circonscrite est le canal central : l'angle antérieur répond à la commissure antérieure, et le postérieur, à la commissure postérieure ; les angles latéraux aboutissent à deux sillons qui séparent la moelle en deux parties inégales comme dimensions ; l'antérieure, formée des cornes antérieures et des faisceaux antéro-latéraux, est la plus considérable, et la postérieure, la plus petite, correspond aux cornes postérieures et au faisceau postérieur.

A cet âge, ce faisceau est représenté par deux îlots ovalaires, de substance blanche, accolés à la substance grise embryon

naire ; ils reçoivent les racines postérieures, déjà visibles ; l'auteur leur donne le nom de *zones radiculaires*. Sur un embryon de neuf semaines, à ces zones radiculaires, encore visibles, s'ajoutent deux petits mamelons symétriques ; ce sont les *cordons grêles, le faisceau médian des cordons postérieurs, le cordon de Goll*, etc.

Cette disposition se montre bien, tout d'abord à la région cervicale, et un peu plus tard à la région dorsale; à ce moment, à la région lombaire, le cordon médian est très-petit, excepté chez le mouton, d'après Clarke.

Plus tard, les insertions des racines postérieures se rapprochent de la ligne médiane ; elles sont séparées par un sillon du faisceau médian, sillon toujours visible à la région cervicale, mais qui disparaît promptement dans les autres parties de la moelle.

II. Dans une seconde partie, M. Pierret étudie la moelle adulte, et recherche si les dispositions des faisceaux sont les mêmes que chez l'embryon.

L'auteur, après avoir rappelé les remarquables travaux de M. Vulpian, sur le même sujet, conclut que « si chez l'adulte, les formes extérieures ont un peu varié, le cordon postérieur n'en est pas moins constitué par l'adossement des zones radiculaires au cordon médian ».

Deux colonnes de substance grise, colonnes vésiculaires postérieures de Clarke, sont situées en arrière et de chaque côté du canal central; le faisceau médian postérieur aurait, d'après les études de M. Pierret, des rapports intimes avec ces colonnes vésiculaires qui, dit-il, pourraient bien jouer un rôle dans la transmission des impressions sensitives, et ainsi l'hypothèse de Van Deen sur le trajet des fibres nerveuses centripètes, ne serait pas dénuée de fondement, — Le faisceau médian aboutit, à la région cervicale, aux amas ganglionnaires connus sous le nom de pyramides postérieures.

III. Les observations cliniques, rapportées par l'auteur, dans la troisième partie de son travail, établissent ce fait que « les phénomènes symptomatiques engendrés par la sclérose des zones radiculaires ne sont pas les mêmes que ceux produits par la même altération occupant le faisceau médian ». Ces diverses régions, anatomiquement différentes, ont-elles un rôle physiologique distinct, et connu, telle est aujourd'hui la question que se posent les expérimentateurs. Cette courte analyse, suffira, nous l'espérons, pour démontrer les résultats déjà obtenus, et aussi l'importance du travail de M. Pierret.

VIII. De la respiration artificielle dans l'intoxication strychnique.

Le docteur J. Rosbach publie dans le *Centralblatt*, n° 24, une série d'expériences sur l'effet de la respiration artificielle dans l'empoisonnement par la strychnine. En voici le résumé :

1° *Injections sous-cutanées*. — Lapins de 1,000 de 1,300 gr., pas d'effet nuisible avec 0,001 de chlorhydrate de strychnine. — Lapins de 1,200 à 1,300 gr., 0,002 de chl. strychnine; convulsions au bout de 15 minutes ; retour à l'état normal avec ou sans l'aide de la respiration artificielle; celle-ci n'influe ni sur l'époque de l'apparition ni sur la durée, ni sur l'intensité des convulsions. — Lapins de 1,200 à 1,300 gr. tués par 0,00275 de strychnine, que la respiration artificielle intervienne ou non. — Pour les animaux de 1,200 à 1,400 grammes, 0,003 de strychnine les tue à coup sûr, malgré la respiration artificielle, qui n'a pour effet que de prolonger pour deux ou trois heures la durée des battements du cœur.

2° *Injections dans la veine jugulaire*. — Lapins à 1,300 gr., nul effet avec 1[2 millig de strychnine ; avec 3[4 millig., convulsions au bout de 5 minutes, que l'on applique ou non la respiration artificielle ; un lapin de 1,620 grammes survit avec la respiration artificielle; sans elle, un lapin de 1,350 grammes succombe. — Un milligramme ne tue pas tous les lapins sur lesquels on ne pratique pas la respiration artificielle; l'apnée survient presqu'aussitôt après l'injection. — Un milligramme un quart tue immédiatement après l'injection des lapins de 1,400 à 1,600 gr., malgré la respiration artificielle.

3° *Injections dans l'estomac*. — Lapins de 1,200 gr., 1 millig. phénomènes très-fugaces ; 2 miligr. tuent à coup sûr des lapins de 1,000 à 1,350 gr.; la respiration artificielle n'en sauve aucun.

La strychnine agit donc, comme l'a dit Leube, plus énergiquement par la voie de l'estomac qu'en injections sous-cutanées. Et la respiration artificielle n'a aucune influence sur la prolongation de la vie des animaux empoisonnés par la strychnine, non plus que sur la durée ni l'intensité des convulsions. Les inspirations artificielles provoquent même l'apparition des convulsions.

La prolongation de la vie que l'on obtient par la respiration artificielle se borne à faire durer quelques heures en plus les battements du cœur. Les autres phénomènes vitaux, l'action réflexe par excitation de la cornée disparaissent longtemps avant la mort du cœur, l'animal git raide mort (rigidité comme cadavérique des muscles dont la réaction est acide.) C'est la même chose que dans la section de la moelle ; dans les deux cas, les animaux sont irrévocablement perdus, bien que la respiration artificielle puisse prolonger la durée des battements du cœur.

IX. Action de l'ergot de seigle sur la vessie.

La réplétion de la vessie, après l'administration de l'ergot de seigle, a été observée assez fréquemment pour qu'on y puisse voir un effet régulier du médicament et non pas un simple accident. Cela s'expliquait par l'action excitante de l'ergot sur le sphincter vésical, et la thérapeutique avait mis à profit cette théorie contre l'incontinence des enfants et celle qui tient, dans diverses maladies, à la paralysie plus ou moins complète de ce sphincter. Cependant le docteur Wernich pense que cette explicaton est incomplète (*Centralblatt*, n° 23, 1873). Frappé de ce fait que dans bon nombre d'expériences, personnelles ou autres, où la vessie avait été vidée avant l'administration de l'ergot, on la retrouvait pleine peu de temps après, il crut qu'il y avait en jeu un autre facteur que la contracture du sphincter. Sans rechercher si l'élévation de la tension artérielle par l'effet de l'ergot en est la cause primitive, le docteur Wernich affirme que la réplétion de la vessie après l'administratiou du seigle tient non-seulement à la rétention de l'urine normale, mais encore à une hypersécrétion de ce fluide provoquée par le même médicament

Il cite deux observations à l'appui de son opinion : 1° Femme multipare (5), grossesse gémellaire ; suspension des douleurs depuis 8 heures, avec dilatation complète du col. Extraction facile du premier enfant. Immédiatement, *la vessie se vide spontanément*.

La tête du second enfant se présente, elle est mobile. Les douleurs ne paraissent pas : 0.5 de seigle ergoté de demie heure en demi heure. Dans le courant des trois heures suivantes, violentes douleurs ; l'utérus s'applique sur le fœtus, le col restant ouvert, mais sans que la tête avance. *La vessie est énormément distendue* ; aussitôt après l'évacuation de l'urine, une vive douleur pousse la tête dans le petit bassin.

2° Primipare ; la tête présentant l'occiput est très-haut dans le bassin; cessation absolue des douleurs depuis plusieurs heures. *Vessie tout à fait vide*. Grande crainte du forceps. Seigle ergoté *ut supra*. Les douleurs reparaissent, mais au bout de deux heures la tête n'a pas avancé. *La vessie fait une saillie très-prononcée*, le cathétérisme en extrait *une énorme quantité d'urine* claire, et la tête descend immédiatement. Extraction facile avec le forceps. F. R.

De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur, par Paul Berger, aide d'anatomie à la Faculté de Paris, interne lauréat des hôpitaux de Paris, G. Masson, éditeur.

M. Gosselin dans ses excellentes leçons cliniques, appelle l'attention de ses auditeurs sur une complication des fractures de cuisse restée jusqu'à présent à peu près complétement inaperçue et par laquelle il explique la rigidité articulaire qui suit souvent ces fractures.

Il s'agit d'une arthrite du genou qui serait le résultat presque constant des fractures du fémur. et dont l'existence est surtout révélée par un épanchement articulaire plus ou moins abondant.

M. Berger, élève de M. Gosselin, mettant à profit les leçons de son maître, a fait un mémoire détaillé sur cette affection. Il constate, dans ce travail, que toute fracture de la diaphyse du fémur, du trochanter ou du col hors de la capsule, s'accompagne, si elle est complèle, d'un épanchement dans l'articulation du genou. On pourrait croire, tout d'abord, que cet épanchement est le produit d'une contusion du genou. Mais on l'observe alors même qu'il n'existe, sur les genoux des malades, aucune trace de contusion. Du reste, on ne peut invoquer cette origine lorsque la complication vient tardivement.

Teissier (de Lyon) explique la rigidité consécutive des fractures de cuisse par l'immobilité prolongée dans laquelle on a tenu les blesés. Les adhérences qu'on trouve entre les surfaces articulaires permettent d'attribuer cette raideur à une arthrite survenue de bonne heure qui dans les cas où il n'existe pas de lésion concomitante du genou paraît causée, dit M. Gosselin, « par l'extension vers la synoviale de quelques-unes des lésions propres à la blessure de l'os. »

Dans une autopsie faite en 1868, M. Gosselin a trouvé une infiltration sanguine qui, partant de l'espace interfragmentaire, se prolongeait jusque dans le tissu sous-synovial du genou alors que la fracture occupait le tiers moyen de la cuisse. C'est aussi la conclusion à laquelle ont conduit des expériences de M. Berger, expériences consignées à la fin de son travail et que M. Gosselin a citées dans ses leçons alors qu'elles étaient encore inédites. Cette théorie pathogénique, dit l'auteur, explique à merveille : « 1° l'apparition d'autant plus hâtive de la tuméfaction du genou que la fracture en est plus rapprochée ; — 2° l'abondance de cet épanchement qui, nos observations nous l'apprennent, est liée au degré de la contusion des parties molles et du déplacement des fragments. »

Le professeur de la Charité fait toutefois ses réserves et laisse supposer que dans certains cas, l'arthrite pourrait être attribuée à la propagation, vers l'article et le long du périoste, de la phlegmasie violente partie du foyer de la fracture. Comme conclusion thérapeutique, M. Berger conseille avec M. Gosselin de mettre de côté l'appareil de Scultet pour les fractures de cuisse et de le remplacer par l'appareil de Hennequin ou par le double plan incliné ; nous ne pouvons discuter cette question, n'ayant pas, par devers nous, des observations qui nous permettent de nous livrer à une étude comparative concluante; nous ferons toutefois observer que nous nous sommes servi pour ces sortes de fracture de l'appareil de Scultet avec avantage, que nous avons vu notre savant maître M. Huguier y avoir constamment recours sans que nous ayons conservé le souvenir d'ankyloses analogues à celles que cite M. Berger. D'un autre côté, l'appareil de M. Hennequin, outre son prix élevé, est quelquefois difficilement supporté par le blessé et le double plan incliné peut gêner la circulation des vaisseaux poplités au point d'obliger le chirurgien de le retirer. Le travail de M. Berger est consciencieusement fait. Il peut être considéré comme un excellent commentaire des leçons de M. Gosselin et il sera utilement consulté.

Dr G. BOUTEILLIER.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAUX. — *Internes titulaires*. — 1. Cuffert, —Taperet,— Bouveret, — Schwartz, — Ribemont, — Chenet, — Darolles, — Léger, — Richand, — Dreyfus, — Oulmont, — Guyard, — Porock, — Magne, — Drouin (Léon), — Kermisson, — Graux, — Moutard-Martin, — Hirtz, — Angelot, — Decaudin, — Hervonet, — Rafinesque, — Chevalier, — Collin, — Delfan, — Pouffard, — Rondot, — Daxe, — Vallerian, — Doumenge, — Rémy, — Martin, — Balyer, — Iszenard, — Ledouble, — Chirey, — Garnier, — Michel, — Magon.

Internes provisoires. — Sainte-Marie, — Goley, — Richerand, — Regnard, — Cossy, — Carpentier-Méricourt, — Delaunay, — Langlebert, — Dreyfous, — Magnant, — De Boissimon, — Robin, — Carrié, — Parent, — Rojean, — Verville, — Noel, — Redard, — Cruet, — Drouin (Alphonse), — Mora, — Faucher, — Lépine, — Gœtz, — Clozel de Boyer, — Bulteau, — Petel.

Hôpital Lariboisière. — Service du docteur TILLAUX. — Salle Saint-Louis (H.) : n° 7, Phlegmon de la région mastoïdienne ; — accidents cérébraux ; — n° 24, ouverture de l'articulation du genou, écrasement du condyle interne du fémur : conservation sous la ouate ; — n° 27, épithélioma de la base de la langue et de l'épiglotte. — Salle sainte-Jeanne (F.) : — n° 19 (bis), tumeur abdominale ; — n° 20, cancer du sein droit, récidive après dix ans, nouvelle opération ; — n° 23, végétations énormes de la vulve ; — n° 32, anus contre-nature.

Hôpital de la Pitié. — Service de M. VERNEUIL. Clinique les lundis, mercredis et samedis. — Salle Sainte-Jeanne : N° 10, ankyloses articulaires, manifestations de la diathèse goutteuse avec épithélioma utérin; n° 26, mal perforant avec troubles trophiques du côté des doigts.

Salle des hommes : N° 12, fracture indirecte des deux os de l'avant-bras; — n° 17, abcès froid, siégeant au niveau de la malléole externe ; — n° 21, ulcérations syphilitiques siégeant entre deux orteils ; — n° 37, gomme périostique suppurée d'une côte avec ulcérations tertiaires de la jambe gauche ; — n° 39, bubon strumeux.

Service de M. LASÈGUE. Clinique les mardis, jeudis et samedis. — Salle des femmes : N° 1, méningite cérébro-spinale tuberculeuse ; — n° 4, névralgie du nerf radial ; — n° 14, sclérose en plaques ; — n° 15, vertiges d'origine syphilitique ; — n° 31, rétrécissement aortique ; — n° 33, cirrhose.

Salle des hommes : N° 6 Zona siégeant sur le trajet du plexus cervical ; — n° 10, méningite spinale ; — n° 12, typhlite; — n° 28, pneumo-thorax; — n° 29, cirrhose.

Hôpital de la Charité. — M. GOSSELIN — Sainte-Catherine (F.) : N° 1, arthrite chronique de l'épaule ; — n° 7, pelvi-péritonite suppurée avec ouvertures dans le vagin, le rectum et la vessie ; n° 13, synovite anté-rotulienne ; — n° 15, tarsalgie chez une hystérique ; n° 26, adénite tuberculeuse de l'aîne.

M. BERNUTZ. — Saint-Joseph (F.) : N° 2, polype muqueux de l'utérus ; — n° 13, hystérie, troubles nerveux (cas très-curieux); n° 28, aphonie hystérique disparaissant brusquement après une saignée.

M. WOILLEZ. — Saint-Félix (H.) : N° 1, méningo-encéphalite diffuse (début) ; — n° 9, cancer de la face antérieure de l'estomac ; — n° 10 cancer de l'intestin ? — n° 20, insuffisance aortique ; n° 22, souffle léger à la base, insuffisance aortique ?

Hôpital Cochin. — Service du docteur DESPRÈS. — Hommes. — Bar. I. — N° 2, Testicules tuberculeux ; — 43, abcès de la verge dû à une inflammation des corps caverneux.

Salle Cochin : — N°s 2. Contusion de l'artère fémorale; suspension presque complète des battements ; — 9, Nécrose centrale du calcanéum ; trépanation et drainage ; — 14, Granulations de la conjonctive. — Ophthalmie purulente (trait. par le crayon de sulfate de cuivre). — 17; Chalazion : — 19, Plaie du globe oculaire à travers la sclérotique datant de 13 jours : vision conservée.

Femmes. — Salle Saint-Jacques : N° 11, Hématocèle avec pertes utérines; — 14, Encéphaloïde de l'orbite ; — 23, Squirrhe ulcéré du sein : opéré.

MORTALITÉ A PARIS. Durant la semaine finissant le 2 décembre il y a eu 856 décès. Variole, 1 ; rougeole, 9 ; — scarlatine, 0 ; — fièvre typhoïde, 11 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite aiguë, 53 ; — pneumonie, 58 ; — dyssenterie, 5 ; — diarrhée cholériforme, 1 ; — choléra nostras, 0 ; — angine couenneuse, 13 ; — croup, 6 ; — affections puerpérales, 12 ; — autres affections aiguës, 280 ; — affections chroniques, 320 ; — affections chirurgicales, 49 ; — causes accidentelles, 10.

MORTALITÉ A LYON. — Du 1er au 14 décembre, il y a eu 296 décès : Variole, 0 ; — scarlatine, 0 ; — rougeole, 1 ; — fièvres continues, 17 ; — (typhoïde, 10 ; muqueuse, 2 ; catarrhe 5) ; — Erysipèle, 1 ; — bronchite aiguë, 11 ; — Pneumonie, 12 ; — pleurésie, 3 ; — dyssenterie, 1 ; — Diarrhée, 11 ; — cholérine, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 2 ; — croup, 1 ; — affections puerpérales, 1 ; — affections cérébrales, 36 ; — maladies du cœur, 22 ; — Phthisie, 61 ; — catharre pulmonaire; 27 ; — autres maladies aiguës, 25 ; — autres maladies chroniques, 36 ; — affections chirurgicales, 27 ; — causes accidentelles, 1 ; — mort-nés 22.

M. GESTIN, médecin en chef de la marine, à Brest, vient d'être mis en non activité par retrait d'emploi pour un discours prononcé dans une réunion électorale en faveur de M. Swiney, candidat républicain. Cette mesure encouragera médiocrement les étudiants en médecine à entrer dans la médecine navale.

COMMENT ON ÉCRIT L'HISTOIRE. — Le *Journal des connaissances médico chirurgicales* (n° 24) fait, au sujet de l'élection qui a eu lieu dans la séance du 2 décembre de l'Académie de médecine, les remarques suivantes : « Cette élection a présenté un phénomène qui, décidément, passe à l'état d'habitude, c'est la nomination d'un candidat autre que le premier inscrit sur la liste de présentation. A l'élection précédente, M. Laboulbène avait été présenté en première ligne ; M. Charcot, présenté en seconde ligne, l'avait emporté sur lui, *mais d'une seule voix*. A la dernière élection, il semblait que M. Laboulbène devait être présenté en première ligne. Pas du tout, M.

Charcot chargé de la présentation, a inscrit en première ligne M. Empis qui dans la précédente élection n'était qu'au 4e rang et a remis M. Laboulbène au second... »

Cet article contient une première erreur relative à l'élection de M. Charcot. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le n° 9 du même *Journal des connaissances médico-chirurgicales* : « Au deuxième tour de scrutin le nombre des votants étant de 77, dont la majorité est de 39, M. Charcot obtient 45 suffrages, M. Laboulbène, 32. » Ce n'est donc pas à la majorité *d'une seule voix* que M. Charcot a été nommé. — Une autre erreur est la suivante : Le classement des candidats, critiqué par notre confrère est l'œuvre de la Commission et non celle du rapporteur. C'est donc à la majorité de cette Commission que s'adresse le reproche. L'académie ne publiant pas ces sortes de rapports, il est difficile d'apprécier les raisons qui conduisent leurs auteurs non pas à *inscrire* tel candidat avant tel autre, mais à *proposer* tel ou tel classement. Il n'y a rien de surprenant, du reste, que l'ordre dans lequel les candidats sont placés varie, puisque les rapporteurs changent à chaque élection. Est-ce que, les journaux, par exemple, apprécient tous de la même façon les livres qu'ils reçoivent... quand ils les analysent?

École de chirurgie dentaire a Madrid. Les efforts de M. Trivino pour fonder une école de médecine dentaire, à Madrid, n'ont pas été récompensés par le Ministère de « Fomento » qui a refusé de créer une école officielle. — M. Trivino, associé aux professeurs Rotondo, Léopez de la Vega, Sanz et Sanchez Heredia, a fondé l'école qui a ouvert les cours suivants : chimie et physique. — Jurisprudence, et histoire de l'art dentaire. — Opérations dentaires. — Pathologie dentaire, métallurgie, pièces et appareils. — (*La Correspondencia medica*, 16 novembre 1873.)

Nécrologie. — Le Dr Gloner, auteur d'un *Dictionnaire de thérapeutique* paru cette année, est mort à Berlin le 8 novembre dernier à l'âge de 65 ans. (*Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*). — *Le Dauphiné* annonce la mort à 76 ans, du Dr Fournié, médecin inspecteur des eaux d'Alet. — Le *Lyon médical* annonce la mort du Dr Chavériat aîné (de Châlon-sur-Saône.)

La société de Tempérance, *association française contre l'abus des boissons alcooliques*, réunie en Assemblée générale, le 7 décembre 1873 a formé son bureau comme il suit pour l'année 1874 : Président : M. Hippolyte Passy. — Vice-présidents : MM. Bouillaud, Dumas, Laboulaye et Renouard. Secrétaire-général : docteur L. Lunier. Secrétaires généraux-adjoints : MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne. Secrétaires des séances : docteurs Magnan et Vidal. Bibliothécaire-archiviste : docteur A. Motet. Trésorier : M. Gustave Maugin. — Nous croyons devoir rappeler que pour les prix de 1,500 et 500 fr. à décerner en 1874, les mémoires doivent être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1874.

Errata. — Dans la note insérée au bas de la col. 1, p. 339, il faut lire : Tilésius, Pellarin, Böhm, Snow.

Le Biographe. — Nous signalons à nos lecteurs cette « publication mensuelle illustrée en photographie » dont la sixième livraison vient de paraître. 1 an, 12 livraisons, 15 fr.

Débats scientifiques. — Les malentendus, existant entre le professeur Concato, de Bologne, et le Ministre de l'Instruction publique, ont forcé le promier à donner sa démission. (*L'osservatore. Gazctta delle Clinniche Turin*, 9 décembre 1873.)

Enseignement médical libre.

Anatomie M. le Dr Fort recommencera ses cours particuliers d'anatomie le lundi 12 janvier 1874. — MM. les élèves doivent s'inscrire pour ses cours chez M. Fort, 21 rue Jacob, les mardi, jeudi et samedi de 9 h. à 10 h. du matin.

Note sur une nouvelle liqueur de goudron non alcaline

par M. Freyssinge.

Depuis quelques années, dans les pharmacies et dans le public, l'usage s'est répandu de faire l'eau de goudron au moyen de liqueurs dites concentrées, fortement alcalines, obtenues par une solution de parties égales de goudron et de soude dans 100 parties d'eau. Le produit est ainsi complétement dénaturé et ses effets sont nuls ou nuisibles.

Condamnées par tous ceux qui se sont occupés de la question, Gubler, Soubeiran, Bouchut, Desprès, Adrian, Lefort, etc.; bannies des formulaires et des traités de thérapeutique, on pouvait croire que ces liqueurs seraient promptement délaissées, mais la facilité de leur emploi et les désagréments de la manipulation du goudron, ont continué à les faire préférer au moins par le public, ignorant les inconvénients de leur alcalinité.

Aujourd'hui, heureusement, il n'en sera plus ainsi, car nous allons exposer un procédé qui nous paraît résoudre le problème d'une façon complète.

Voici le principe sur lequel repose ma liqueur de goudron que j'ai appelée normale parce qu'elle représente bien l'eau de goudron et rien que l'eau de goudron : Etant donnée de l'eau de goudron titrée je la distille (à faible température et dans le vide) pour recueillir les principes volatils que je réunis aux principes fixes qui, à la fin de l'opération, restent dans l'alambic avec une petite quantité d'eau. J'obtiens ainsi une première liqueur qui présente, sous une forme très-concentrée, tous les principes non altérés de l'eau de goudron et rien que ces principes. Il ne reste plus qu'à les fixer pour assurer leur conservation — ce que j'obtiens sans addition d'alcali, vu leur solubilité naturelle — et à les doser au titre de 1 pour 100. De façon que deux cuillerées à bouche représentent 40 centigrammes de principes; il suffit de mélanger cette quantité à un litre d'eau pour obtenir très-exactement l'eau de goudron du *Codex*. Tandis que deux cuillerées à bouche représentant 40 centigrammes de goudron « dénaturé » ne représentent tout au plus que 4 centigrammes des principes contenus dans l'eau véritable.

Par les procédés que j'emploie, ma liqueur est naturellement moins colorée que les autres, qui ne doivent leur coloration qu'à la présence des alcalis, ce dont on peut s'assurer en ajoutant à la mienne un peu de soude ou d'ammoniaque. Elle brunit alors instantanément. Etendue d'eau, elle donne une eau de goudron ambrée, au lieu de la coloration brune anormale produite par les autres préparations. Elle est légèrement acide, comme l'eau de goudron, cela va sans dire. Elle a enfin une odeur franche de goudron et un goût aromatique qui rappellent son origine, au lieu de l'odeur terreuse et du goût alcalin que présentent les autres liqueurs.

En définitive, ma liqueur n'est, en effet, que de l'eau de goudron que l'on a concentrée en la débarrassant de la plus grande partie de son eau ; en restituant celle-ci, on obtient rigoureusement l'eau primitive. (*Gazette des hôpitaux*.)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS

TABLE DES MATIÈRES

D

E

F

G

H

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DU PLESSIS.